

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**



**GRAU DE DEPENDÊNCIA E GRAU DE AJUDA  
EM IDOSOS EM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO:**  
PERSPECTIVAS DO IDOSO, DO AJUDANTE FAMILIAR E DO FISIOTERAPEUTA

**Isabel Maria Carvalho**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Saúde e Envelhecimento

**Orientadora:**

Professora Doutora Maria Amália Botelho, Professora Auxiliar,  
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

**Co-orientadora:**

Mestre Cristina Coelho, Professora Adjunta Convidada,  
Escola Superior de Saúde Egas Moniz

**Julho, 2014**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

**GRAU DE DEPENDÊNCIA E GRAU DE AJUDA  
EM IDOSOS EM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO:**  
PERSPECTIVAS DO IDOSO, DO AJUDANTE FAMILIAR E DO FISIOTERAPEUTA

**Isabel Maria Carvalho**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Saúde e Envelhecimento

**Orientadora:**

Professora Doutora Maria Amália Botelho, Professora Auxiliar,  
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

**Co-orientadora:**

Mestre Cristina Coelho, Professora Adjunta Convidada,  
Escola Superior de Saúde Egas Moniz

**Julho, 2014**

***“Podemos cuidar das pessoas, mas não podemos fazer escolhas por elas”***

***Renilmar Fernandes***

## Agradecimentos

Para quem me acompanhou e encaminhou neste longo processo, a todos eles deixo aqui o meu sincero agradecimento.

Aos meus pais que sempre estiveram presentes, fosse nos momentos mais difíceis ou mais felizes, a eles devo-lhes tudo. Pela educação, pela aprendizagem, pela compreensão que me deram aceitando as decisões de um caminho por vezes não coincidente mas sempre com a consciência e a certeza que era o meu caminho.

Ao Miguel Santiago Lopes, companheiro em todos os momentos, que sempre acreditou no caminho a seguir e que continua a acreditar fazendo de mim uma pessoa mais feliz, compreensiva e melhor.

À Professora Doutora Maria Amália Botelho que acompanhou todo o processo de mudança e que esteve presente num crescimento nem sempre fácil. A orientação por vezes em momentos perdidos foi essencial.

À Dra. Maria do Rosário Duarte que sempre me acompanhou e esteve presente no início, no meio e espero que ao longo do tempo, dando uma ajuda essencial neste projecto mas também em caminhos necessários.

Ao investigador Miguel Fonseca que me ensinou e ajudou com toda a parte estatística e que sem ele era bem mais difícil.

À Professora Cristina Coelho pela disponibilidade demonstrada.

Às Instituições que participaram e partilharam as suas dinâmicas com este estudo e confiaram no trabalho que foi realizado.

Aos Idosos que fizeram parte integrante deste estudo que deixaram invadir a sua privacidade e partilharam as suas histórias de vida.

A todos um muito obrigada!

*O presente estudo foi proposto no âmbito da 3ª Edição do Mestrado em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.*

*As vivências percepcionadas da autora, em contexto profissional, serviram de base para a escolha do tema. Com o desenvolvimento deste estudo pretendeu-se contribuir para a caracterização dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário no concelho da Amadora, no que diz respeito ao grau de dependência e ao grau de ajuda.*

## Resumo

O envelhecimento e a preocupação com a dependência da população idosa é uma prioridade social. A permanência em casa onde se encontram todas as referências é importante em diversos aspectos, nomeadamente para uma maior independência. Quando a dependência surge, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é um dos serviços sociais a que se pode recorrer. Numa análise dos serviços de SAD nas vertentes de legislação, instituições, cuidadores e utentes, não são relacionados o grau de dependência e a atribuição da ajuda, o que parece pertinente para equacionar as necessidades das pessoas idosas em SAD. Nesse sentido, este estudo teve como objectivo verificar a percepção dos utentes de SAD do grau de dependência e do grau de ajuda na realização de tarefas de auto-cuidado e mobilidade, avaliados pelo próprio idoso, pelo ajudante familiar e pelo fisioterapeuta.

O presente estudo, transversal (Agosto 2013 – Abril 2014), de natureza quantitativa e qualitativa, e abordagem descritiva, observacional e correlacional, avaliou uma amostra de 51 idosos do SAD da Amadora, dos quais 80,4% eram mulheres, com média de idade de 82,4 anos (dp 6,81), principalmente viúvas, com escolaridade primária incompleta ou completa, orientada no tempo e no espaço, e com estado emocional por si considerado razoável.

A investigadora, fisioterapeuta de formação, inquiriu idosos e ajudantes familiares que cuidavam dos mesmos, para recolher as suas opiniões sobre o grau de dependência e o respectivo grau de ajuda, observou o meio envolvente dos idosos, e recolheu comentários dos participantes.

Os resultados obtidos apontam para um grau de dependência relacionado com a necessidade de meios e um grau de ajuda que indica ajuda de conveniência. Para a sua análise foram avaliadas tarefas de auto-cuidado e mobilidade, cuja relação foi comprovada estatisticamente. As opiniões dos intervenientes sobre a realização das tarefas e sobre o grau de dependência são parcialmente diferentes, sendo mais sobreponíveis em relação ao grau de ajuda necessária. A análise da correlação entre o grau de dependência e o grau de ajuda indicamos que quanto maior o grau de dependência maior é o grau de ajuda. Ou seja, que a ajuda prestada nas situações de maior dependência era realmente necessária, mas também, que a ajuda prestada nas situações de menor dependência não era realmente necessária, sendo neste trabalho designada de ajuda de conveniência.

**Palavras-chave:** envelhecimento, serviço de apoio domiciliário, grau de dependência, grau de ajuda

## Abstract

Aging and concern about the dependence of the elderly population is a social priority. The ability to stay at home where all the references are, is important in several aspects, in particular for a greater independence. When the dependency arises, the Home Support Service (SAD in short for the portuguese "Serviço de Apoio Domiciliário") is a social service that can be appealed to.

In an analysis of the SAD services in the areas of legislation, institutions, caregivers and users, the degree of dependence and aid allocation are not related, which seems relevant to equate the needs of older people in SAD. Thus, this study aimed to verify the perception of users of SAD towards the degree of dependency and the degree of help in the realization of self-care and mobility, valued by the user, the home support workers and the physiotherapist.

This cross-sectional study (August 2013 - April 2014), of quantitative and qualitative nature, taking a descriptive approach, observational and correlational, assessed a sample of 51 elderly of SAD from Amadora, of which 80.4% were women, with an age average of 82.4 years (SD 6.81), mainly widows with incomplete or complete primary schooling, oriented in time and space, and emotional state by itself considered reasonable.

The researcher, physiotherapist by training, inquired elderly and the home support workers who cared for them, to gather their opinions on the degree of dependency and the degree of the help provided, while observing the surrounding environment of the elderly.

The results point to a degree related to the need for resources and a degree of help pointing towards a high level of convenience. For its analysis tasks of self-care and mobility were evaluated, whose relationship was confirmed statistically.

The views of stakeholders on the realization of the tasks and on the degree of dependence are partly different, being more overlapping in the degree of help needed. The analysis of the correlation between the degree of dependency and the degree of help tells us that the greater the degree of dependence is, the greatest degree of help becomes. Which, that the help provided in situations of increased dependence was really needed, but also that the help provided in situations of reduced dependence was not really necessary, being designated in this work help of convenience.

**Keywords:** aging, home care service, degree of dependence, degree of help

# ÍNDICE

1. Introdução .....	1
2. Enquadramento Teórico .....	5
2.1. Envelhecimento Demográfico.....	6
2.2. Envelhecimento.....	16
2.3. Dependência .....	19
2.4. Capacidade Funcional .....	22
2.5. Actividades da Vida Diária .....	25
2.6. Serviço de Apoio Domiciliário .....	28
2.6.1. Ajudante Familiar no Serviço de Apoio Domiciliário .....	35
2.6.2. Fisioterapeuta no Serviço de Apoio Domiciliário .....	38
3. Métodos e Instrumentos .....	40
3.1. Tipo de estudo.....	41
3.2. População e amostra .....	43
3.3. Instrumentos e Procedimentos.....	45
3.4. Análise Estatística .....	49
3.5. Aspectos éticos.....	51
4. Resultados.....	52
4.1. Resultados.....	53
4.2. Análise de conteúdo dos comentários dos idosos e das ajudantes familiares .....	64
5. Discussão .....	68
6. Limitações do estudo .....	75
7. Conclusão .....	77
8. Referências Bibliográficas.....	79
9. Apêndices .....	87
I. Carta de pedido de autorização às instituições .....	88
II. Carta de autorização da FCM.....	90
III. Consentimento Informado - Idosos.....	92
IV. Consentimento Informado - Ajudante Familiar.....	94
V. Questionário - Idosos .....	96
VI. Questionário - Ajudantes Familiares .....	100
VII. Questionário - Fisioterapeuta.....	103



## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - PAÍSES COM MAIS DE 10 MILHÕES DE HABITANTES COM MAIOR PROPORÇÃO DE PESSOAS COM MAIS DE 60 ANOS .....	6
TABELA 2 - DADOS DA UNIÃO EUROPEIA EM 2001, 2010 E 2011 .....	7
TABELA 3 - COMPARAÇÃO ENTRE 1960 E 2012 DA POPULAÇÃO RESIDENTE E IDOSOS (N, %) EM PORTUGAL...	9
TABELA 4 - INDICADORES DE ENVELHECIMENTO E DEFINIÇÕES .....	9
TABELA 5 - COMPARAÇÃO DOS INDICADORES DE ENVELHECIMENTO ENTRE 1961 E 2012.....	10
TABELA 6 - ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA E AOS 65 ANOS ENTRE 1991 E 2011 .....	11
TABELA 7 - COMPARAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE, IDOSOS (%), ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO E INDIVÍDUOS EM IDADE ACTIVA POR IDOSO ENTRE 2001 E 2012 .....	13
TABELA 8 - TAXA DE PREVALÊNCIA DE DIFICULDADE NA POPULAÇÃO COM 5 OU MAIS ANOS NA REALIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES DIÁRIAS .....	23
TABELA 9 - CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DAS PROFISSÕES 2010: AJUDANTES FAMILIARES .....	35
TABELA 10 - DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO .....	42
TABELA 11 - PAPEL DOS INTERVENIENTES NO PRESENTE ESTUDO.....	45
TABELA 12 - CORRESPONDÊNCIAS ENTRE TAREFAS E A CIF .....	45
TABELA 13 - DEFINIÇÃO GRAU DE DEPENDÊNCIA E GRAU DE AJUDA .....	47
TABELA 14 - TESTES PARA ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....	49
TABELA 15 - TESTES ESTATÍSTICOS PARAMÉTRICOS E NÃO PARAMÉTRICOS PARA COMPARAÇÃO DA AMOSTRA .....	50
TABELA 16 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA POR ESTADO CIVIL .....	53
TABELA 17 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE .....	53
TABELA 18 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SOBRE O ESTADO EMOCIONAL .....	54
TABELA 19 - RELAÇÃO ENTRE OS TRÊS ESTADOS EMOCIONAIS E O ESTADO EMOCIONAL NO ÚLTIMO MÊS .....	54
TABELA 20 - CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA E DO GRAU DE AJUDA NAS TAREFAS DE AUTO-CUIDADO E MOBILIDADE, PELOS TRÊS TIPOS DE INTERVENIENTES .....	57
TABELA 21 - CORRELAÇÃO ENTRE AS TAREFAS DE AUTO-CUIDADO E DE MOBILIDADE.....	58
TABELA 22 - VALORES ESTATÍSTICOS PARA A COMPARAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DOS TRÊS TIPOS DE INTERVENIENTES, SOBRE O GRAU DE DEPENDÊNCIA, NAS TAREFAS DE AUTO-CUIDADO E MOBILIDADE .....	58
TABELA 23 - DIFERENÇAS DE OPINIÃO NA HIGIENE, ENTRE OS TRÊS TIPOS DE INTERVENIENTES ANALISADOS EMPARELHADAMENTE.....	59
TABELA 24 - DIFERENÇAS DE OPINIÃO NO BANHO, ENTRE OS TRÊS TIPOS DE INTERVENIENTES ANALISADOS EMPARELHADAMENTE.....	59
TABELA 25 - DIFERENÇAS DE OPINIÃO NAS TRANSFERÊNCIAS ENTRE OS TRÊS TIPOS DE INTERVENIENTES ANALISADOS EMPARELHADAMENTE .....	59
TABELA 26 - DIFERENÇAS DE OPINIÃO NO USO DE ESCADAS, ENTRE OS TRÊS TIPOS DE INTERVENIENTES ANALISADOS EMPARELHADAMENTE .....	60
TABELA 27 - DIFERENÇA DE OPINIÕES DOS INTERVENIENTES QUANTO AO GRAU DE DEPENDÊNCIA .....	60
TABELA 28 - VALORES ESTATÍSTICOS PARA A COMPARAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DOS TRÊS TIPOS DE INTERVENIENTES, SOBRE O GRAU DE AJUDA NAS TAREFAS DE AUTO-CUIDADO E MOBILIDADE .....	61
TABELA 29 - DIFERENÇAS DE OPINIÃO NA HIGIENE, ENTRE OS TIPOS DE INTERVENIENTES ANALISADOS EMPARELHADAMENTE.....	61
TABELA 30 - DIFERENÇAS DE OPINIÃO NO BANHO, ENTRE OS TIPOS DE INTERVENIENTES ANALISADOS EMPARELHADAMENTE.....	62
TABELA 31 - DIFERENÇAS DE OPINIÃO NO USO DE ESCADAS, ENTRE OS TIPOS DE INTERVENIENTES ANALISADOS EMPARELHADAMENTE .....	62
TABELA 32 - DIFERENÇA DE OPINIÕES DOS TRÊS INTERVENIENTES QUANTO AO GRAU DE AJUDA.....	62
TABELA 33 - CORRELAÇÃO ENTRE O GRAU DE DEPENDÊNCIA E O GRAU DE AJUDA .....	63
TABELA 34 - PROBLEMAS DE SAÚDE: ICPC-2 .....	65

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL POR FAIXAS ETÁRIAS EM 2010 .....	8
FIGURA 2 - PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE PORTUGUESA POR FAIXAS ETÁRIAS EM 2060.....	12
FIGURA 3 - PIRÂMIDE DEMOGRÁFICO DO CONCELHO DA AMADORA ENTRE 2001 E 2011.....	13
FIGURA 4 - INDICADORES DE ENVELHECIMENTO NA GRANDE LISBOA, NO CONCELHO DA AMADORA E SUAS FREGUESIAS .....	14
FIGURA 5 - MANUTENÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL AO LONGO DA VIDA .....	22
FIGURA 6 -TIPO DE DIFICULDADE NA REALIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS EM PORTUGAL EM 2011 .....	24
FIGURA 7 - TIPO DE DIFICULDADE NA REALIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS NA AMADORA EM 2011 .....	24

## **Abreviaturas**

**AAD** – Ajudante de Acção Directa

**ABVD** – Actividades Básicas da Vida Diária

**AF** – Ajudante Familiar

**AIVD** – Actividades Instrumentais da Vida Diária

**AVD** – Actividades da Vida Diária

**CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade

**EPEPP** – Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa

**FCM** – Faculdade de Ciências Médicas

**IPSS** - Instituições Particulares de Solidariedade Social

**SAD** – Serviço de Apoio Domiciliário

**UE** – União Europeia

**WHO** - World Health Organization



# 1. Introdução

A população com 65 anos ou mais tem vindo a crescer substancialmente, principalmente nos países desenvolvidos, devido à diminuição da natalidade, ao aumento da esperança média de vida, e consequente aumento da longevidade (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social/MTSS & Nogueira, 2009). Em Portugal, entre 2001 e 2011 a esperança média de vida para esta faixa etária subiu dos 77,2 anos para os 80,7 anos (Paúl & Ribeiro, 2012).

O envelhecimento é um processo dinâmico que ocorre a nível biológico, psicológico e social, determinado por diversos factores intrínsecos e/ou extrínsecos, que delimitam a forma como cada pessoa vive a sua vida (Oliveira *et al.*, 2010). Vários autores consideram que o processo de envelhecimento reduz capacidades, principalmente devido à sua associação a diversas patologias, por vezes de decurso prolongado. (Botelho & Rendas, 1997; R. Martins, Andrade, & Rodrigues, 2010). Nestas condições, surgem limitações que se designam de incapacidades (CIF 2001) e que são com frequência geradoras de dependência funcional, sendo esta avaliada pela capacidade funcional das pessoas idosas no desempenho das suas actividades da vida diária (Fillenbaum & De La Santé, 1986).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (Fillenbaum & De La Santé, 1986) e de acordo com a Carta Social (2009), são definidos dois tipos de actividades de vida diária, as actividades básicas da vida diária (ABVD) e as actividades instrumentais da vida diária (AIVD), respectivamente relacionadas com a autonomia em relação a tarefas de cuidados pessoais ou auto-cuidado e a mobilidade, e tarefas de adaptação ao meio em que se vive, respeitando a noção da participação dos indivíduos na sociedade como cidadãos de plenos direitos.

Sabe-se que cerca de 70% das pessoas idosas que permanecem no domicílio referem um ou mais problemas que interferem nas suas actividades da vida diária (Lindesay & Thompson, 1993). E, também, que com a perda da independência/autonomia e a perspectiva de um futuro passivo e/ou a falta de planos para o futuro, surge na maioria das pessoas idosas o medo de sofrer e fazer sofrer os outros (R. Martins *et al.*, 2010). Estas realidades têm repercussões importantes no modo como as pessoas são acompanhadas no decurso do seu processo de declínio funcional, nomeadamente na possibilidade de poderem manter-se a residir no seu domicílio ou em domicílio de um familiar.

O aumento do número de idosos, a implementação de programas de manutenção de idosos nos seus domicílios, juntamente com a informação e sensibilização da comunidade, permitem que a população em geral esteja mais desperta para lidar com esta problemática e tenha conhecimento das soluções disponibilizadas pelas instituições (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social/MTSS & Nogueira, 2009; Soares & Fialho, 2011).

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) aumentou mais de 90% nos últimos vinte anos, devido ao investimento público, impulsionado pela opção da manutenção do idoso no seu meio

habitual de vida (Equipa de Estudos e Políticas de Segurança Social, 2010). Porém, e embora este seja um serviço preferencial, abrange ainda uma proporção muito pequena da população idosa. No caso do Município da Amadora tem capacidade para apoiar apenas 2% da sua população idosa.

O tipo de cuidados prestados nos domicílios apresenta características culturais, variando de significado e objectivos de país para país. As diferenças justificam-se através da rede de saúde e/ou social em que se apoiam e do papel do profissional que dá assistência no domicílio. O termo *home care* tem, assim, diferentes significados nos diversos países e inclui o modo de cuidar formal ou informal, referindo-se tanto a cuidados realizados exclusivamente por profissionais como a cuidados realizados em conjunto com os familiares.

Os serviços de cuidado em casa podem ser realizados de forma preventiva, aguda, de reabilitação ou paliativa, mas cada vez mais estes cuidados são mais prevalentes, complexos e mistos. Um dos critérios em todo o mundo para a solicitação de apoio domiciliário é a avaliação de limitações nas actividades da vida diária.

O presente estudo centra-se no Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e os seus utentes, e tem como pergunta de partida: **Em utentes de SAD, qual o grau de dependência e grau de ajuda, em auto-cuidado e mobilidade, na perspectiva do próprio idoso, do ajudante familiar e do fisioterapeuta?**

O estudo foi realizado através de análise quantitativa, qualitativa e observacional, que resulta da inquirição de utentes de SAD do Concelho da Amadora com 65 anos ou mais, procurando explicitar a percepção do idoso, dos ajudantes familiares e do fisioterapeuta sobre características da dependência e da ajuda aos idosos em estudo.

Foi encontrada bibliografia escassa sobre a temática da percepção que os utentes têm de si e das suas capacidades na realização do auto-cuidado e mobilidade, ou sobre o cruzamento destes dados com a percepção que a ajudante familiar tem sobre o utente que cuida ou ainda sobre a avaliação do fisioterapeuta em serviço de apoio domiciliário. Não se encontrou bibliografia sobre o conceito de grau de ajuda nos cuidados prestados.

Entendendo que as opiniões dos idosos sobre a sua condição ajudam a compreender se o grau de dependência que lhes é atribuído é concordante com a sua percepção e com o grau de ajuda, explorámos essas lacunas de informação sobre apoio domiciliário.

Tendo em conta a pergunta de partida foi definido como objectivo geral deste estudo, a percepção dos utentes de SAD sobre o grau de dependência e o grau de ajuda, na realização de tarefas de auto-cuidado e mobilidade, com base na comparação entre a avaliação do próprio, do ajudante familiar e do fisioterapeuta.

De acordo com esse objectivo geral foram definidos os seguintes objectivos específicos, referentes aos utentes do serviço de apoio domiciliário do concelho da Amadora:

- Descrever características sociodemográficas;
- Caracterizar o estado emocional;
- Caracterizar a orientação temporo-espacial;
- Caracterizar o grau de dependência, em auto-cuidado e em mobilidade;
- Caracterizar o grau de ajuda, em auto-cuidado e em mobilidade;
- Analisar o grau de correlação entre auto-cuidado e mobilidade;
- Verificar se existe diferença entre a opinião do idoso, do ajudante familiar e do fisioterapeuta quanto ao grau de dependência nas tarefas de auto-cuidado e mobilidade;
- Verificar se existe relação entre o grau de dependência avaliado pelo idoso, pelo ajudante familiar e pelo fisioterapeuta;
- Verificar se existe diferença entre a opinião do idoso, do ajudante familiar e do fisioterapeuta quanto ao grau de ajuda nas tarefas de auto-cuidado e mobilidade;
- Verificar se existe relação entre o grau de ajuda avaliado pelo idoso, pelo ajudante familiar e pelo fisioterapeuta.
- Verificar a correlação entre o grau de dependência e o grau de ajuda de acordo com a opinião dos intervenientes;



## 2. Enquadramento Teórico



## 2.1. Envelhecimento Demográfico

Existe um aumento significativo da longevidade da população a nível mundial, verificando-se que o envelhecimento demográfico é uma realidade presente. A proporção de pessoas com 60 ou mais anos está a crescer mais depressa que qualquer outra faixa etária a nível mundial, considerando-se este facto como resultado do aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de fertilidade. (WHO, 2013). Segundo a World Health Organization<sup>1</sup> (WHO, 2012; World Health Organization, 2013):

... A população está a envelhecer rapidamente: a média de idades é já a maior do mundo, e a proporção de pessoas com 65 anos ou mais deverá aumentar de 14% em 2010 para 25% em 2050....

Em 2002 a WHO previa para o período compreendido entre 1970 e 2025 um crescimento de 223% para a faixa etária dos 60 ou mais anos. Em 2025 esta faixa etária contabilizará um total arredondado de 1,2 mil milhões de pessoas, sendo que em 2050 existirão aproximadamente 2 mil milhões, das quais 80% viverão em países em desenvolvimento. Segundo estas previsões a população mundial com mais de 60 anos irá aumentar de 11% para 22%, verificando-se um aumento do número de pessoas de 605 milhões para 2000 milhões entre 2000 e 2050. O número de pessoas com 80 ou mais anos aumentará no mesmo período, e a previsão aproximar-se-á dos 395 milhões.

O envelhecimento da população tem sido associado às regiões mais desenvolvidas do mundo. A maior proporção de pessoas idosas está na Europa e a tendência geral é de crescimento (World Health Organization, 2002). (Tabela 1)

**Tabela 1 - Países com mais de 10 milhões de habitantes com maior proporção de pessoas com mais de 60 anos**

2002		2025	
Itália	24,5%	Japão	35,1%
Japão	24,3%	Itália	34,0%
Alemanha	24,0%	Alemanha	33,2%
Grécia	23,9%	Grécia	31,6%
Bélgica	22,3%	Espanha	31,4%
Espanha	22,1%	Bélgica	31,2%
Portugal	21,1%	Reino Unido	29,4%
Reino Unido	20,8%	Holanda	29,4%
Ucrânia	20,7%	França	28,7%
França	20,5%	Canadá	27,9%

Adaptado de: (World Health Organization, 2002)

<sup>1</sup> No texto esta Organização irá ser identificada como WHO

Analisando a tendência demográfica da UE no período entre 2001 e 2011 (Tabela 2) verifica-se um crescimento da população residente. Este facto associado ao aumento da percentagem de idosos em 1,8% e ao aumento do Índice de envelhecimento de 94 para 113,2 no mesmo período possibilita inferir-se que ao longo do tempo a Europa se vai transformar num continente envelhecido.

**Tabela 2 - Dados da União Europeia em 2001, 2010 e 2011**

	2001	2010	2011
<b>População residente</b>	484.291.402	501.162.207	502.642.207
<b>Densidade populacional</b>	-	113,5	113,9
<b>Índice de envelhecimento</b>	94,0	111,8	113,2
<b>Idosos (%)</b>	15,9	17,5	17,7

Adaptado de: Pordata, 2014e

São inúmeros os factores que contribuem para o que é conhecido em demografia como o processo de envelhecimento na base da pirâmide, como por exemplo, o aumento da esperança média de vida, o ajustamento da idade da reforma (ajustada ao longo do tempo) e a passagem da população activa para o grupo de inactivos. Estes factores juntamente com a população que advém do “babyboom”, fazem com que a base da pirâmide demográfica não apresente uma renovação e a massa da população activa esteja a entrar na idade de reforma, fazendo assim com que exista um envelhecimento no topo da pirâmide. O envelhecimento demográfico, em Portugal, encontra-se relacionado com a emigração decorrente na década de 60, em que grande parte da população activa tomou essa opção.

Em Portugal, o processo de envelhecimento tem como resultado os seguintes factores: o declínio da fecundidade, o aumento do Índice de longevidade (vindo do aumento da esperança média de vida e contribui para o envelhecimento no topo da pirâmide), a diminuição da fecundidade (que contribui para o envelhecimento na base da pirâmide provocando o aumento do Índice de dependência). Estes factores contribuem para o chamado processo de “duplo envelhecimento demográfico” (Paúl & Ribeiro, 2012)

No final do século XX, Portugal era um dos países menos envelhecidos da União Europeia, devendo-se este facto à morte precoce das pessoas pertencentes aos grupos com as faixas etárias que se encontravam no topo da pirâmide. Os dados de 2002, revelam que a população idosa (65 anos ou mais) ultrapassa a população jovem (considerada dos 0 aos 14 anos), devido às problemáticas sociais, económicas e ao aumento da expectativa de vida.

O Índice de envelhecimento, desse mesmo ano, relativamente à população com 65 anos ou mais enquadra-se na média europeia de 16,7%. (Mota-Pinto, 2006)

Segundo o INE, através do Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012b) a população portuguesa é de 10 562 178 habitantes. Verifica-se em 2010 a diminuição da base da pirâmide com a redução do número de jovens e um alargamento da população activa que futuramente se vai reflectir no topo da pirâmide (Figura 1).

Segundo o INE (Instituto Nacional de Estatística, 2012b):

“Na última década, Portugal perdeu população em todos os grupos etários quinquenais entre os 0-29 anos. A partir dos 30 anos a situação inverte-se e verifica-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos. O escalão etário dos 30 aos 69 anos representava 51% da população residente em 2001 e passou a representar 54% em 2011. Também no grupo das idades mais avançadas se verificou um reforço da sua importância no total da população. A população com 70 e mais anos representava 11% em 2001 e passou a representar 14% em 2011.”

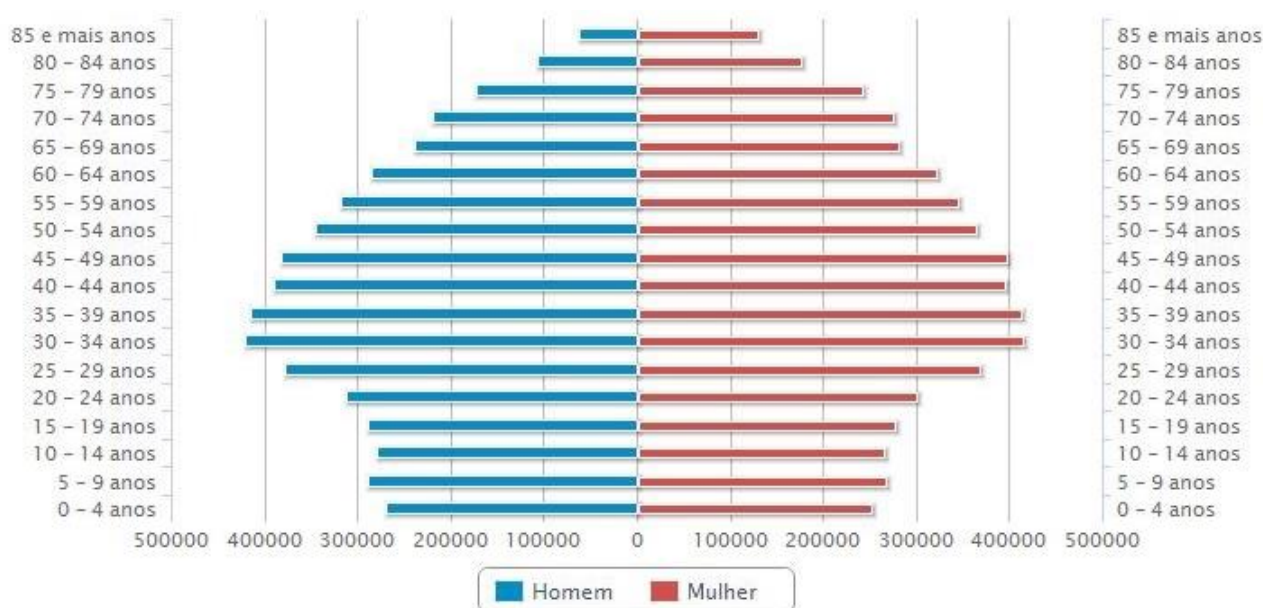


Figura 1 - População residente em Portugal por faixas etárias em 2010

Assim, na tabela abaixo (Tabela 3) podemos verificar o número de idosos (pessoas com mais de 65 anos), a percentagem dos mesmos e o índice de envelhecimento desde 1960 até 2012, onde é descrita a evolução do país.

**Tabela 3 - Comparação entre 1960 e 2012 da população residente e idosos (n, %) em Portugal**

	1960	1970	1981	1991	2001	2011	2012
<b>População residente</b>	8 865,0	8 680,6	9 851,3	9 960,2	10 362,7	10 557,6	10 514,8
<b>Idosos</b>	-	-	1 132 638	1 372 543	1 705 274	1 992 034	2 020 126
<b>Idosos (%)</b>	-	-	11,5	13,8	16,5	18,9	19,2

Adaptado de: Pordata, 2014d

Entre 1960 e 2012 verificou-se um aumento de 16% na população residente em Portugal sendo de salientar que o registo do número de idosos aparece a partir de 1981 mas que o Índice de envelhecimento é descrito 11 anos antes. Com os dados fornecidos verificou-se que em 52 anos a população residente aumentou. Comparativamente aos dados da União Europeia o Índice de envelhecimento, para o período de 2001 - 2011 descrito nos dados da União, passou de 101,6 para 125,8 (estando acima da União Europeia). A percentagem de idosos, no mesmo período em Portugal, subiu 2,4% comparativamente a 1,8% da União Europeia.

A esperança média de vida em Portugal nos anos 40 era de 58 anos, passando para 75 anos no ano de 1996, atingindo os 78,7 em 2008 e chegando a 80,7 em 2011, sendo a média apresentada para os dois sexos (Paúl & Ribeiro, 2012).

O envelhecimento da população, é definido por indicadores entre os quais se encontram o Índice de envelhecimento, o Índice de dependência total, o Índice de dependência de jovens, o Índice de dependência de idosos e o Índice de longevidade.

Segundo o INE (Instituto Nacional de Estatística, 2014b; Pordata, 2014c) e a Portada, estes indicadores têm como definição (Tabela 4):

**Tabela 4 - Indicadores de envelhecimento e definições**

<b>Índice</b>	<b>Definições</b>
<b>Dependência de idosos</b>	Relação entre o número de pessoas que atingem uma idade em que estão geralmente inactivas do ponto de vista económico (65 e mais anos) e o número de pessoas em idade activa (dos 15 aos 64 anos)
<b>Dependência de jovens</b>	Relação entre o número de jovens com idades consideradas inactivas do ponto de vista económico (menores de 15 anos) e o número de pessoas em idade activa (dos 15 aos 64 anos)
<b>Dependência total</b>	Relação entre a soma do número de jovens e do número de idosos com idades consideradas inactivas do ponto de vista económico (menores de 15 anos e 65 e mais anos), e o número de pessoas em idade activa (dos 15 aos 64 anos). Corresponde à soma do índice de dependência de jovens e do índice de dependência de idosos.
<b>Envelhecimento</b>	Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.
<b>Longevidade</b>	Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida como o quociente entre o número de pessoas com 80 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 (10 <sup>2</sup> ) pessoas com 65 ou mais anos).

É possível comparar os indicadores referidos no período compreendido entre o 1961 e 2012 (Tabela 5).

**Tabela 5 - Comparação dos indicadores de envelhecimento entre 1961 e 2012**

Anos	Rácio - %				Proporção - %
	Índice de envelhecimento	Índice de dependência total	Índice de dependência jovens	Índice de dependência idosos	Índice de longevidade
1961	27,5	59,0	46,3	12,7	33,6
1971	33,9	61,8	46,1	15,6	32,5
1981	45,4	58,3	40,1	18,2	34,5
1991	70,0	50,3	29,6	20,7	39,2
2001	101,6	48,5	24,1	24,4	41,9
2011	125,8	51,2	22,7	28,5	48,3
2012	129,4	51,7	22,5	29,1	48,7

Adaptado de: Pordata, 2014d

Existem dois momentos de caracterização da população portuguesa através dos Censos, o primeiro período entre 1991 e 2001 e o segundo de 2001 a 2011, existindo em algumas áreas projecções até 2060.

Entre os anos de 1991 e 2001 verifica-se em simultâneo um aumento da população e uma tendência para o envelhecimento. O fenómeno da emigração acontece mais tardiamente em Portugal, mas reflecte-se fortemente nesta tendência demográfica, dado que reduz a natalidade.

No período mencionado o país envelheceu gradualmente aproximando-se das sociedades desenvolvidas resultando numa assimetria entre a população jovem e a população idosa. No período entre 2001 e 2011 nota-se um abrandamento do crescimento demográfico, com um aumento de 2%, face aos 5% observados na década de 90. A separação entre a população jovem e a população idosa aumentou sendo a percentagem de jovens, menor em 16% em 2001 e 15% em 2011. Na população idosa o processo foi inverso tendo aumentado de 16% em 2001 para 19% em 2011.

No Censos 2001 e 2011 os dois Índices abordados e aos quais são dados mais importância são o Índice de envelhecimento e o Índice de longevidade. Neste período o Índice de envelhecimento em Portugal sofre uma alteração significativa. Para avaliarmos o Índice de envelhecimento entre 1991 e 2011, temos de verificar a evolução da população idosa e da população jovem. Assim, a população idosa é a que mais cresce (taxa média anual de 2,3 %), comparativamente à população jovem e em idade activa. Dentro da população idosa são os mais idosos os que registam um ritmo de acréscimo mais forte (5,1% taxa média anual), relativamente ao período entre 1991 e 2001. O índice de envelhecimento passa de 68 idosos por cada 100 jovens em 1991 e para 102 em 2001. No período entre 2001 e 2011 o Índice de

envelhecimento aumenta, sendo que, o número apresentado para o ano de 2001 é de 102 idosos e para 2011 é de 128, ou seja por cada 100 jovens existem 128 idosos (Instituto Nacional de Estatística & Carrilho, 2002; Instituto Nacional de Estatística, 2012b; Paúl & Ribeiro, 2012).

Em 2011 o Índice de longevidade era de 48, contra 41 em 2001 e 39 em 1991. Um dos factores preponderantes para este aumento da longevidade foi o aumento da esperança média de vida como se pode verificar no quadro abaixo (Tabela 6) (Instituto Nacional de Estatística, 2012b).

**Tabela 6 - Esperança de vida à nascença e aos 65 anos entre 1991 e 2011**

	Esperança de vida à nascença			Esperança de vida aos 65 anos		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
1991	74,1	70,6	77,6	15,8	14,1	17,2
2001	76,7	73,3	80,1	17,1	15,2	18,6
2011	79,8	76,7	82,6	18,8	16,9	20,3

Adaptado de: Pordata, 2014a, 2014b

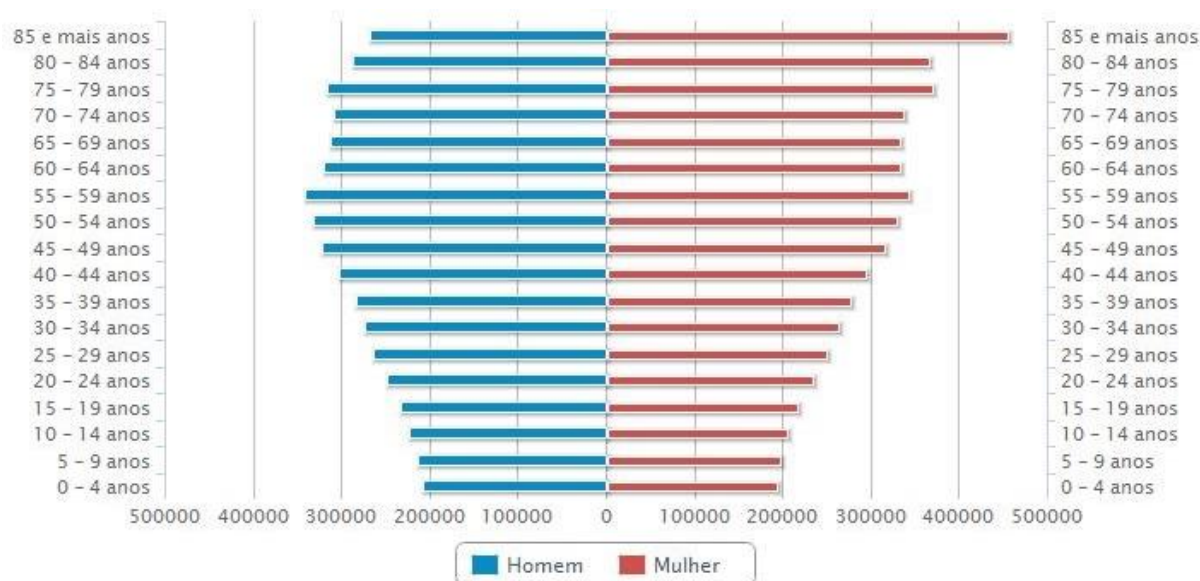
Apesar da idade da reforma ser os 65 anos (facto pelo qual se considera a terceira idade), o aumento da longevidade provocou o aparecimento de dois grupos dentro da população idosa, os que têm entre 65 e 74 anos (3ª idade) e acima dos 75 anos considerada a 4ª idade (Rocha, 2007; Sequeira, 2010)

Tendo em conta o aumento da população idosa e a diminuição da população jovem, verificado ao longo dos anos, a previsão do INE para 2060 é que Portugal tenha um Índice de envelhecimento de 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projectado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens). (Coelho, Magalhães, Peixoto, & Bravo, 2008; Instituto Nacional de Estatística, 2009)

Baseado nos números que temos vindo a apresentar, as projecções do INE para 2060 (Figura 2), são:

"a população residente em Portugal continuará a aumentar até 2034, atingindo 10 898,7 milhares de indivíduos, ano a partir do qual os efectivos populacionais diminuirão. A população atingirá valores abaixo dos de partida (2008) em 2053, projectando-se para 2060 uma população total de 10 364,2 milhares de indivíduos, valor ainda assim superior aos obtidos pelas estimativas de população residente em Portugal para o período entre 1980 e 2002." (Coelho *et al.*, 2008; Instituto Nacional de Estatística, 2009)





**Figura 2 - Projecção da população residente portuguesa por faixas etárias em 2060**

Após análise das tendências demográficas a nível mundial, europeu e português é essencial caracterizar demograficamente o concelho da Amadora dado ser esta a área de actuação do presente estudo.

Criado em 11 de Setembro de 1979, o Município da Amadora estende-se por uma área de 23,8 Km<sup>2</sup>, onde até 2012 viviam 175 685 habitantes, dos quais a população residente com 65 ou mais anos é de 32 742, segundo os dados definitivos dos Censos de 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012b).

Em 1979 a Amadora dividia-se em 11 freguesias: Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Mina, Reboleira, Venteira, Alfozinhos, São Brás, Falagueira e Venda Nova. Com a reorganização das mesmas em 2013 passou para 6 freguesias: Águas Livres, Alfragide, Encosta do Sol, Falagueira-Venda Nova, Mina de Água e Venteira. (Câmara Municipal Amadora, 2014)

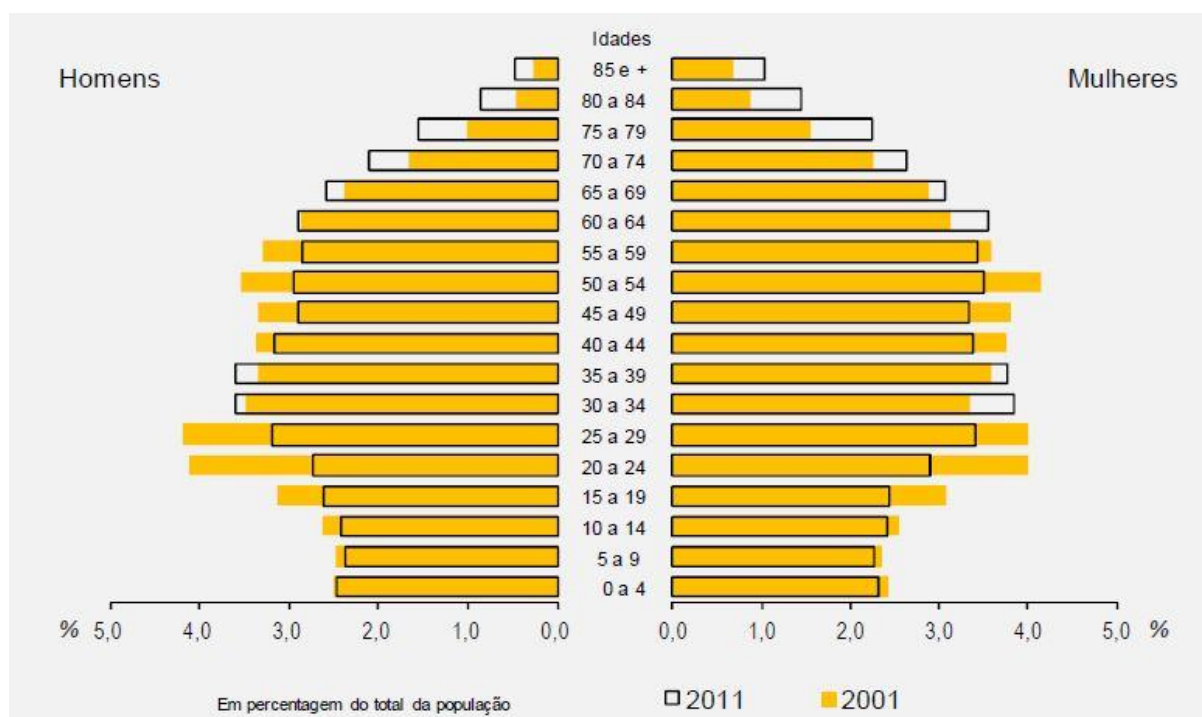
Entre 2001 e 2012 verificou-se um ligeiro aumento da densidade populacional no concelho, tendo a percentagem de idosos subido para 6,1%. O Índice de envelhecimento aumentou significativamente e por consequência o número de indivíduos em idade activa por idoso diminuiu (Tabela 7).

**Tabela 7 - Comparação da população residente, idosos (%), índice de envelhecimento e indivíduos em idade activa por idoso entre 2001 e 2012**

	2001	2011	2012
<b>População residente</b>	175 533	175 440	175 685
<b>Idosos (%)</b>	14,1	19,6	20,2
<b>Índice de envelhecimento</b>	93,0	132,7	135,6
<b>Indivíduos em idade activa por idoso</b>	5,0	3,3	3,2

Adaptado de: (Instituto Nacional de Estatística, 2014a)

A Amadora entre 2001 e 2011 regista alguma instabilidade em certas faixas etárias da população como por exemplo: a perda de jovens entre os 5 e os 29 anos, a diminuição da população entre os 30 e 39 anos, o decréscimo de população em idade activa, entre os 40 e 59 anos e o aumento do envelhecimento iniciado na década anterior com o aumento da faixa etária a partir dos 70 anos (Figura 3).



Adaptado de: Município da Amadora & Divisão de Informação Geográfica, 2012

**Figura 3 - Pirâmide demográfico do concelho da Amadora entre 2001 e 2011**



Relativamente aos indicadores de envelhecimento para o município da Amadora verifica-se que algumas freguesias apresentam resultados superiores aos da Grande Lisboa. No município o índice de envelhecimento encontra-se nos 127 (ou seja, 127 idosos por 100 jovens), o índice de dependência de idosos nos 28 e o índice de dependência total nos 51. Em freguesias como a Venda Nova ou a Venteira o índice de envelhecimento chega a ultrapassar as 200 pessoas, sendo que estas duas exibem os maiores índices em relação à Grande Lisboa e a qualquer outra freguesia (Figura 4).

Local de residência	Índice de dependência de jovens (N.º) <sup>1</sup>	Índice de dependência de idosos (N.º) <sup>2</sup>	Índice de envelhecimento (N.º) <sup>3</sup>	Índice de dependência total (N.º) <sup>4</sup>
Grande Lisboa	23	28	120	51
Amadora	22	28	127	51
Alfragide	28	19	65	47
Brandoa	28	27	96	54
Buraca	24	25	103	49
Damaia	21	37	177	58
Falagueira	22	36	162	58
Mina	22	35	163	57
Reboleira	17	30	174	47
Venteira	19	44	236	63
Alfornelos	16	17	108	32
São Brás	25	12	48	38
Venda Nova	21	43	207	63

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012b

**Figura 4 - Indicadores de envelhecimento na Grande Lisboa, no concelho da Amadora e suas freguesias**

O conselho da Amadora é caracterizado por uma pirâmide demográfica envelhecida, sendo que, idades iguais ou superiores a 65 anos encontram-se num lugar predominante na estrutura demográfica do território (122 idosos por cada 100 jovens residentes).

Num estudo recentemente realizado no conselho designado de *Recenseamento idosos isolados e/ou em situação de dependência - Relatório Final* (2013) foram sinalizados 547 idosos isolados e/ou dependentes, o que corresponde a 1,5% do total da população idosa residente.

Quando identificados os problemas desta população específica a mobilidade reduzida apresenta a maior relevância, com 22% dos problemas referidos, seguida da emergência social com 9%, das situações de isolamento com 5% e da carência alimentar com 3%. Cerca de 14% dos idosos não identificou qualquer tipo de problema. Das situações referidas, algumas resultam da conjugação de vários problemas. O cruzamento de situações como a



mobilidade reduzida, o isolamento social e a emergência social, leva à necessidade de integração em resposta social por 17% das pessoas e o apoio nas actividades da vida diária por 9%. Dos idosos recenseados 14% ainda se encontra autónomo e activo no seu meio social, não referindo qualquer problema ou necessidade. Os novos problemas sociais associados ao aumento da esperança de vida, deixam em aberto situações de vulnerabilidade e de risco. A população idosa torna-se desprotegida quando ao isolamento e à solidão se unem a dependência, a diminuição da autonomia e fragilidades físicas e emocionais, constrangimentos sociais, que é necessário prever e contornar.

No conselho da Amadora em 2011, o Índice de dependência para a população idosa calculava que existiam 28.4 idosos dependentes por cada 100 habitantes (Moreno & Pires, 2013).

## 2.2. Envelhecimento

O envelhecimento pode ser estudado em duas vertentes, a demográfica e a individual. Quando se aborda a vertente demográfica do envelhecimento, vários factores contribuem para este acontecimento como a diminuição da natalidade, da fecundidade e da mortalidade com consequente aumento da esperança média de vida. A vertente individual do envelhecimento abrange tópicos como os factores biológicos, psicológicos e sociais ao longo dos anos (Soares & Fialho, 2011).

O envelhecimento pode ser dividido em duas formas, o primário ou normal e o secundário ou patológico, em que o primeiro é inevitável e faz parte do processo de diminuição funcional e orgânica, não estando associado a nenhuma patologia, e o segundo decorrer de situações de doença que podem interferir com o primeiro.

O envelhecimento advém de um conjunto de alterações que ocorrem ao longo da vida. As alterações características do avanço da idade são progressivas e manifestam-se a nível físico e mental. Assim, o envelhecimento é:

processo fisiológico próprio dos seres vivos, que durante muito foi tido como um processo evolutivo inalterável. Actualmente considera-se que o envelhecimento resulta da interacção de múltiplos factores endógenos e exógenos que caracterizam a resposta biológica adaptativa e determinam o papel do envelhecimento individualmente (Oliveira *et al.*, 2010;).

Sobre o envelhecimento bem-sucedido Soares e Fialho (2011) referem que:

pressupõe uma capacidade de resposta adaptativa aos desafios relacionados com o avanço da idade. No entanto, além da componente estritamente biológica devemos considerar o processo de envelhecimento como um equilíbrio dinâmico entre factores físicos, psíquicos e sociais

O envelhecimento é um processo dinâmico e ocorre a nível biológico, psíquico e social, determinado por diversos factores intrínsecos e/ou extrínsecos, que delimitam a forma como cada pessoa vive a sua vida. Apresenta-se bastante complexo e heterogéneo entre pares, em que a vivência de cada um pode influenciar, por exemplo, a sua qualidade de vida. O processo de envelhecimento limita certas capacidades, principalmente se for associado a diversas patologias, algumas de decurso prolongado. Apesar de esta heterogeneidade ser visível, existem pontos em comum que se encontram presentes nas pessoas idosas, como por exemplo o sentimento de solidão, medo de sofrer ou de incomodar os outros (Botelho, 2007; Botelho & Rendas, 1997; R. Martins *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2010; Paúl & Fonseca, 2005)

Sequeira (2010) apresenta o envelhecimento em três componentes: o biológico (ligado aos sistemas do corpo humano), o psicológico (ligado ao bem-estar psicológico) e o cognitivo (ligado ao processamento da informação e da memória). O envelhecimento biológico, implica mudanças externas e internas da pessoa, sendo que, nas mudanças externas se verifica o aparecimento de cabelos brancos, a lentificação dos movimentos, alterações do equilíbrio, da força muscular, da velocidade de reacção, e alterações emocionais e cognitivas, entre outras. Internamente, os órgãos sofrem mudanças assim como o metabolismo basal. A associação destes factores, internos e externos, pode provocar uma diminuição da capacidade funcional. Perante esta diminuição da capacidade funcional e a inactividade muitas vezes associada ao envelhecimento, existem perdas de massa muscular o que influencia na diminuição da actividade muscular assim como na coordenação sensório-motora.

O envelhecimento psicológico provoca alterações de atitudes e comportamentos. Neste aspecto avalia-se o equilíbrio entre as limitações e a potencialidade que a pessoa apresenta. Este envelhecimento está dependente de factores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia a sua vida. O bem-estar psicológico na pessoa idosa inclui condições como satisfação pessoal, emoções, sensibilidade, sentimentos e desejos, associados à história de vida, o sistema de valores e o contexto social determinam um envelhecimento bem-sucedido com a subjectividade que cada um tem patente no caminho de vida.

O envelhecimento comporta um largo espectro de alterações cognitivas. Estas alterações incluem o processamento de informação, (que depende de como o idoso recebe, descodifica e retém a informação, estando este factor ligado a outras funções cognitivas), e a memória, que assume uma grande importância no dia-a-dia da pessoa idosa, assim como na orientação, na comunicação nas relações com os outros, na execução de tarefas, entre outros aspectos.

As alterações verificadas na pessoa idosa derivadas destas três vertentes do envelhecimento, dependem do contexto e da exposição à qual a mesma está sujeita ao longo do seu ciclo de vida, sendo pretendido que exista um envelhecimento saudável ao longo do tempo. O conceito de envelhecimento saudável é substituído no final do século XX por envelhecimento activo, que é definido como:

a população de 65 e mais anos, a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das actividades básicas de vida diária (AVD), quer ao nível das actividades instrumentais de vida diária (AIVD), a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde. (Soares & Fialho, 2011)

Em 2020 a população idosa será maioritariamente composta pela geração do “babyboom”, provocando, a nível da pirâmide demográfica uma inversão com maior ênfase no topo, muito diferente do que acontecia anteriormente. Nos países desenvolvidos está previsto quadruplicar até 2050, o número de pessoas mais velhas que já não são capazes de cuidar de si próprias. As causas para este panorama, de perda de capacidade para viver de forma independente devem-se a dificuldades na locomoção, fragilidades e problemas físicos ou mentais. Essas condições geram com frequência incapacidade, geradora de dependência funcional, podem surgir por problemas músculo-esqueléticos, sendo factores dominantes a imobilidade, a instabilidade postural, as quedas e as limitações físicas (R. M. L. Martins, 2003; Sequeira, 2010; Soares & Fialho, 2011; WHO, 2012).

Devido à conjugação dos factores descritos, são em grande número os idosos que se encontram em situação de dependência associada à idade e à deterioração da sua saúde, que condicionam frequentemente situações de isolamento e solidão.

### 2.3. Dependência

A dependência de instalação insidiosa pode ser devida a dois factores: doença crónica e perda de funções fisiológicas atribuídas ao envelhecimento. Detalhando os dois factores: no primeiro encontram-se pessoas que apresentam incapacidade devido a doenças crónicas como as doenças cardiovasculares, doenças músculo-esqueléticas, doenças respiratórias ou doenças mentais; no segundo a perda de capacidade que todos os organismos vão apresentando com a idade avançada (Figueiredo, 2007).

Existem diversas descrições e/ou classificações de dependência:

- A nível europeu a Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros citada por (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social/MTSS & Nogueira, 2009), define dependência como:

um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou Actividades de Vida Diária.
- A Legislação Portuguesa o Decreto-Lei nº265/99 de 14 de Julho (Diário da República - I Série A, 1999) considera em situação de dependência:
  - ... Os indivíduos que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e aos cuidados de higiene...
- Esta dependência é avaliada pela capacidade funcional das pessoas idosas no desempenho das suas actividades da vida diária, incluindo os cuidados pessoais e as tarefas de adaptação ao meio ambiente, integradas respectivamente nas designações de autonomia física e de autonomia instrumental. (Botelho & Rendas, 1997).
- São considerados perante a lei os seguintes graus de dependência (Diário da República - I Série A, 1999), 1.º grau – indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; 2.º grau – indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave.

- Outra abordagem é a de investigadores do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (José, Wall, & Correia, 2002) que classifica a dependência em três graus: Baixa: Idosos com baixa dependência apenas necessitam de alguma supervisão, pois possuem alguma autonomia no que respeita à mobilidade e à realização de AVD; Média: Idosos com média dependência não necessitam apenas de supervisão, mas também de apoio de terceira pessoa para desempenho de algumas actividades diárias; Elevada: Idosos com elevada dependência requerem apoio extensivo e intensivo, ou seja, que não têm capacidade para desempenhar um conjunto de tarefas básicas, são pessoas que estão acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades associadas como, por exemplo, a diminuição de aptidões cognitivas e do controlo esfinteriano.
- A Carta Social (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social/MTSS & Nogueira, 2009) considera os seguintes graus de dependência: Autónomo - Capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica; Parcialmente dependente – Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação; Dependente – Não pode praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal; Grande dependente – Acumula as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontra-se acamado ou apresenta quadro de demência grave.
- Podem ainda ser definidos por dependentes aqueles que necessitam da ajuda de terceiros e independentes, os que não necessitam da ajuda de terceiros (Botelho & Rendas, 1997).

Existem três tipos de sistemas de protecção à dependência: o sistema universalista, o sistema de segurança social e o sistema assistencialista. Em Portugal podemos encontrar os três modelos, sendo que, o Sistema Nacional de Saúde actua segundo o modelo universalista, e o sistema social é a junção dos outros dois modelos (Paúl & Ribeiro, 2012). A Segurança Social desempenha dois papéis no que diz respeito às políticas de intervenção na dependência: 1) centralização e supervisão das parcerias com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS); 2) financiamento de instituições com respostas destinadas à população com carência económica.

As respostas sociais para idosos e pessoas em situação de dependência, em Portugal Continental, em 2009, apresentavam capacidade de prestação de serviço para 247 800 utentes. A valência mais utilizada (cerca de um terço) era disponibilizada pelo Serviço de



Apoio Domiciliário (SAD), seguindo-se a valência de Lar e depois a valência de Centro de Dia (Soares & Fialho, 2011).

Quando nos referimos ao grau de dependência, tendo em conta que a satisfação das necessidades em que exista incapacidade requer indispensavelmente o apoio de terceiros, é igualmente importante tomarmos em consideração o grau de ajuda.

No âmbito do presente estudo, foram feitas pesquisas sobre este conceito “grau de ajuda” na Web of Science, tendo por base os termos: home care; elderly; participation; capacitation, não tendo sido obtidos resultados de acordo com o propósito da pesquisa.



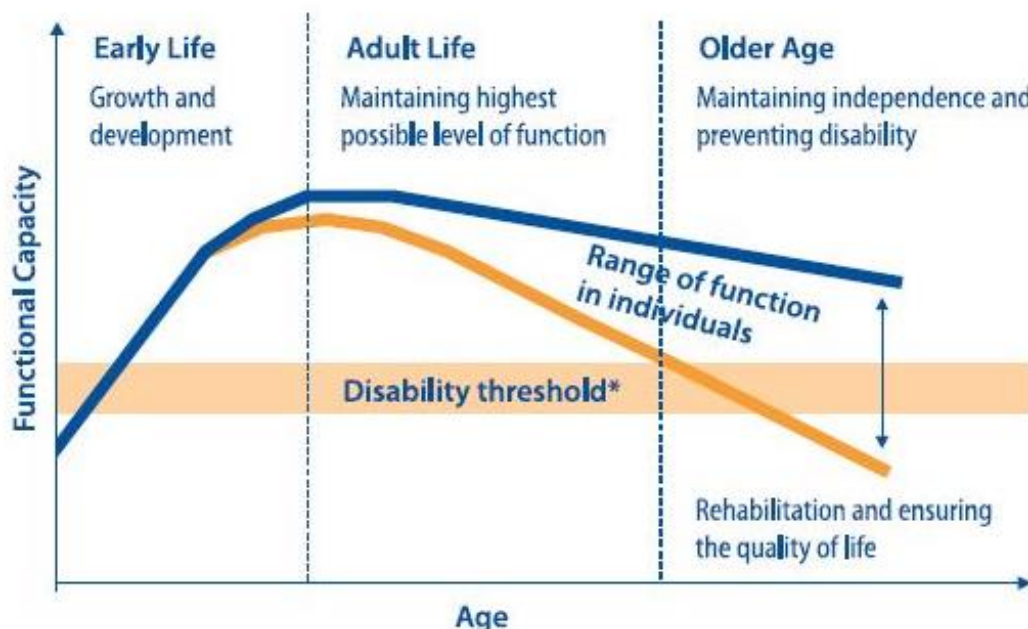
## 2.4. Capacidade Funcional

O grande grupo da “pessoa idosa” não é homogêneo, entre outros motivos porque a diversidade de cada indivíduo tende a aumentar com a idade, e o percurso de vida de cada um é único (World Health Organization, 2002).

A capacidade funcional pode ser relacionada com a mobilidade e a capacidade de realização de actividades do dia-a-dia. Assim, a noção de funcionalidade ou capacidade funcional

está relacionada com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio (Paúl & Fonseca, 2005).

A capacidade funcional de um indivíduo (Figura 5) aumenta durante os primeiros anos de vida, atingindo o pico no início da idade adulta e, declinando a partir deste ponto. A taxa de declínio é determinada, em parte, pelos comportamentos e experiências em toda a trajetória de vida. A funcionalidade pode ser influenciada por factores pessoais, factores ambientais e estados de saúde. Estes comportamentos e experiências incluem o que comemos, a actividade física que praticamos e a exposição a riscos para a saúde, como os causados por tabagismo, consumo de álcool, ou a exposição a substâncias tóxicas. (Pinho, Almeida, Palma, Moniz, & Silva, 2006; WHO, 2012)



World Health Organization, 2002

**Figura 5 - Manutenção da capacidade funcional ao longo da vida**

A avaliação de rotina da capacidade funcional nas pessoas com 65 ou mais anos pode detectar riscos de dependência no futuro. Nesta população é comum encontrarem-se níveis baixos de funcionalidade devido à diminuição da capacidade física e das funções dos sistemas osteo-muscular, cardiorrespiratório e nervoso. (Camara, Gerez, Jesus Miranda, & Velardi, 2008)

Pela importância da evolução demográfica assim como pela preocupação com a prevalência crescente de perda da funcionalidade, pela primeira vez em Portugal, no Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012a), a inquirição da população incidiu sobre o grau e o tipo de dificuldade na realização das actividades diárias. Esta foi centrada na auto-avaliação, colocando a pessoa na interacção com o seu contexto, sendo assim a população inquirida sobre o grau e tipo de dificuldade na realização das actividades diárias.

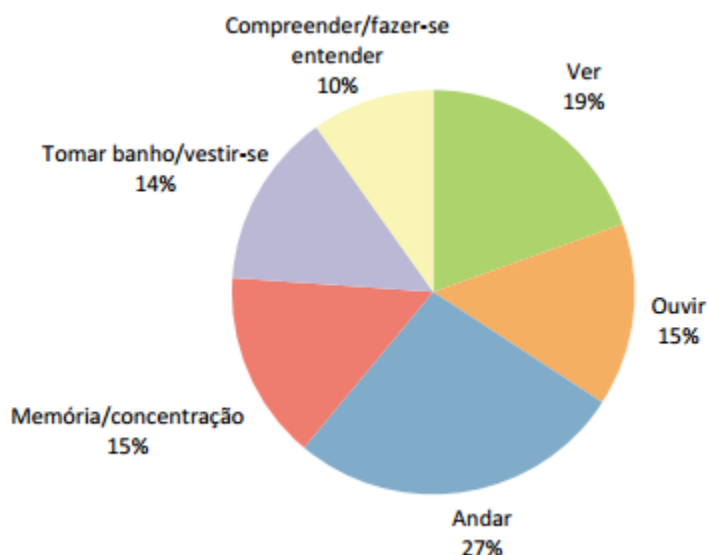
Nas faixas etárias com 65 ou mais anos, o indicador de funcionalidade que sinaliza “ter muita dificuldade” ou “não conseguir realizar”, pelo menos uma de seis actividades diárias, designadamente ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender, atinge uma prevalência de 50%, como se pode ver na Tabela 8.

**Tabela 8 - Taxa de prevalência de dificuldade na população com 5 ou mais anos na realização das actividades diárias**

	Portugal 2011		
	Total	H	M
<b>População com 5 ou mais anos</b>	17,79	14,67	20,62
<b>População com 65 ou mais anos</b>	49,51	41,71	55,14

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012b

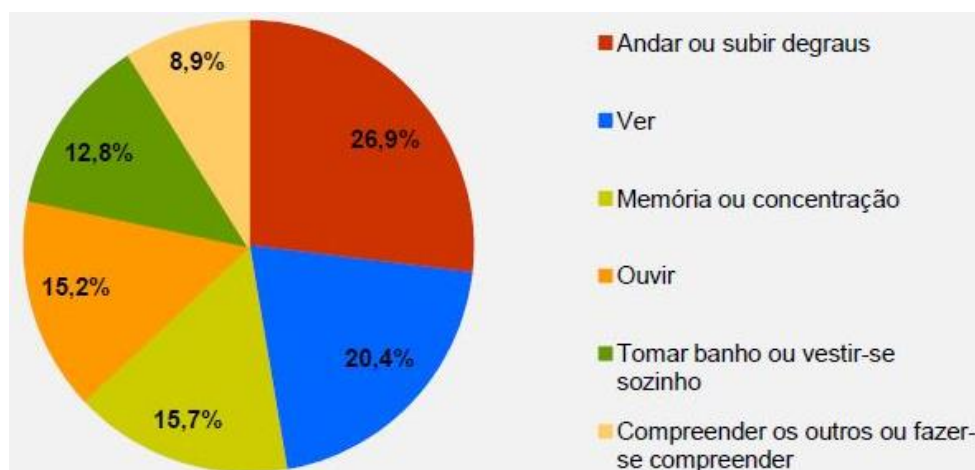
Quando é avaliado o tipo de dificuldade na realização das actividades na população de 65 ou mais anos, a actividade que apresenta maior relato de dificuldade é o andar com 27%, sendo os problemas com a visão os segundos classificados com 19%, seguindo em “*ex aequo*” os problemas da audição, a memória/concentração com 15%, tomar banho/vestir-se com 14% e por último compreender/fazer-se entender com 10% (Figura 6).



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012b

**Figura 6 -Tipo de dificuldade na realização das actividades da população com 65 ou mais anos em Portugal em 2011**

No município da Amadora as actividades em que a população apresenta dificuldade não se encontra distante do que se passa a nível nacional (Figura 7). A dificuldade em ver e em andar ou subir degraus prevalece, entre as outras actividades. As actividades de auto-cuidado como, tomar banho e vestir-se sozinho apresentam 12,8% das pessoas inquiridas com dificuldade.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012b

**Figura 7 - Tipo de dificuldade na realização das actividades da população com 65 ou mais anos na Amadora em 2011**

Esta realidade tem repercussões importantes no modo como as pessoas são acompanhadas no seu processo de declínio funcional, nomeadamente na possibilidade de poderem manter-se a residir no seu domicílio ou em domicílio de um familiar.

## 2.5. Actividades da Vida Diária

A designação “actividades da vida diária” (AVD) é utilizada como um termo abrangente referente ao auto-cuidado, que se define como um conjunto de acções ou procedimentos de cada indivíduo destinado à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Inclui as actividades ou tarefas que as pessoas realizam no seu dia-a-dia rotineiramente. As AVD podem ser divididas em cuidados pessoais ou actividades básicas da vida diária (ABVD) e actividades domésticas e comunitárias ou actividades instrumentais da vida diária (AIVD). As ABVD são actividades que envolvem mobilidade funcional, sendo esta a habilidade de se mover de um ponto a outro e chegar a um destino desejado sendo requisito essencial para o desempenho das actividades pessoais e instrumentais da vida diária. Desta fazem parte a marcha, mobilidade em cadeira de rodas, mobilidade na cama e transferência, e cuidados pessoais como alimentação, higiene, ir à casa de banho, tomar banho e vestir-se. As AIVD centram-se na capacidade de uma pessoa lidar com o seu meio ambiente e a tarefas como fazer compras, cozinhar, limpar, utilizar transportes, gerir dinheiro, gerir medicamentos e utilizar o telefone (Åberg, 2008; Fillenbaum & De La Santé, 1986; Fricke, 2008).

Quando realçamos o papel das actividades da vida diária, o enfoque nas actividades de auto-cuidado e mobilidade possibilita-nos perceber o idoso no seu dia-a-dia e as dificuldades que apresenta.

Quando falamos de actividades da vida diária estas encontram-se associadas à noção de autonomia e independência. A autonomia é a capacidade percebida para controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se vive no dia-a-dia, de acordo com a vontade do próprio e as suas preferências. A independência pode ser compreendida como a capacidade de executar funções relacionadas à vida diária, ou seja, a capacidade de viver de forma independente em comunidade, sem e/ou com pequena ajuda de outros. Sendo a autonomia apenas possível de estimar, os conceitos dependência, capacidade funcional e independência tentam medir o grau de dificuldade de uma pessoa na realização de actividades da vida diária (AVD) e actividades instrumentais da vida diária (AIVD) (World Health Organization, 2002).

Para um nível máximo de função e de participação na vida activa é necessário avaliar a funcionalidade. Com esta avaliação é possível obter uma visão geral do estado funcional do indivíduo, quais as actividades que se encontram limitadas, definir uma linha de tratamento e fazer a monitorização do progresso do utente.

Para realizar a avaliação da funcionalidade existem diversas escalas, nomeadamente, e de acordo com um artigo da área profissional de Fisioterapia (Fricke, 2008), a Functional Independence Measure (FIM) (Granger, Hamilton, Keith, Zielezny, & Sherwin, 1986), o Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher & Jones, 1999), o Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law *et al.*, 1990), e a Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR) (Williams *et al.*, 1991), entre outras.

No estudo *Evaluating Activities of Daily Living: Directions for the Future* (Law, 1993), a autora refere que:

... é difícil para os terapeutas encontrarem e reverem criticamente estas ferramentas para determinar quais são clinicamente relevantes para a sua prática particular. A maioria das avaliações das ABVD e AIVD foram desenvolvidas com critérios psicométricos tradicionais, na maioria das vezes usados para desenvolver avaliações para referências normais.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), apresenta uma linguagem unificada, padronizada e estruturada para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2004; Fricke, 2008; WHO, 2001).

A CIF apresenta categorias tendo por base a perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade, dividindo-as em funções e estruturas do corpo e em actividades e participação. Sendo uma classificação, pode agrupar diferentes categorias com determinada condição de saúde, tendo em conta que a funcionalidade abrange as funções do corpo, actividades e participação e a incapacidade inclui deficiências, limitação da actividade e restrição na participação. É possível obter perfis de funcionalidade, incapacidade e saúde. (Direcção-Geral da Saúde, 2004)

A avaliação das AVD pode ser utilizada como ferramenta de triagem para a compreensão e monitorização do desempenho funcional dos indivíduos, verificando o nível em que se encontram e ditando uma posterior intervenção.

Assim, no *Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal* (CEDRU, 2008) os cuidados pessoais e mobilidade são abordados para verificação das necessidades. Neste estudo foram inquiridos 1324 indivíduos com 55 ou mais anos. A higiene pessoal (41,7% da amostra), foi a necessidade mais apontada principalmente quando associada à perda de autonomia por questões de saúde ou dificuldade na realização de tarefas como tomar banho ou vestir. A necessidade da prestação da valência do serviço de apoio domiciliário, representa



38,9%, oferecendo uma visão integrada dos indivíduos, assim como na prestação de cuidados básicos (13,9%). A necessidade de cuidados nocturnos foi a menos referida com 5,6%. Na mobilidade, a união de vários factores (físicos, psicológicos e sociais) fazem com que possa existir uma limitação e um aumento da dependência. Nesta amostra, 48,2% dos inquiridos apresenta necessidades a nível da locomoção e 10,7% necessita de meio de transporte próprio (este meio de transporte pode proporcionar maior autonomia e ser adaptado às necessidades e limitações da amostra).

## 2.6. Serviço de Apoio Domiciliário

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) inicia a sua actividade em Portugal em 1976, altura em que começa a desenhar-se a prestação de serviços (que ainda hoje perdura), que tem por objectivo a manutenção do idoso no seu domicílio o máximo de tempo possível.

Nos anos 80 do séc. XX, a valência de SAD emergiu, expandindo-se ao domínio da saúde na década seguinte (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social/MTSS & Nogueira, 2009).

Um dos problemas que mais afecta a população idosa é a dependência que acompanha o declínio funcional e mental. Para combater esta situação, existem dois tipos de apoio para as pessoas idosas, redes de apoio informal e de apoio formal. A rede informal é realizada pelos cuidadores informais, tem por base a rede social da pessoa idosa que lhe presta cuidados regulares e gratuitamente; a rede formal ou chamada rede formal de protecção social inclui serviços disponibilizados por entidades e equipamentos sociais. O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) insere-se nesta segunda vertente. Do conhecimento da vida corrente a procura de respostas da rede formal, deve-se ao facto dos cuidadores informais terem pouca disponibilidade.

Os serviços actualmente existentes em Portugal para pessoas idosas são: Acolhimento Familiar, Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Residência, Lar e Serviço de Apoio Domiciliário. O maior investimento, pelo estado português, foi realizado para as valências de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), de Lar de Idosos e de Centro de Dia, que em 2009 representavam cerca de 90 % do universo de respostas sociais para idosos e cobriam 88 % dos utentes com necessidades reconhecidas. (SAD, Lar, Centro de dia).

A prestação de cuidados corresponde à adequação dos cuidadores formais e informais, na diversificação dos modos de assistência para ir ao encontro das necessidades das pessoas. O cuidado formal baseia-se na prestação de cuidados de uma pessoa a outra, mediante um contrato, sendo a relação estabelecida entre utente/prestador profissional. Este cuidado implica obrigações específicas, em troca de recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das funções.

A rede formal de cuidados pode ser activada por membros externos ao seio familiar quando se verifica uma relação familiar inexistente ou enfraquecida, quando a pessoa idosa apresenta um certo nível de dependência, e os cuidados prestados são de maior exigência. As duas redes de apoio, formal e informal, podem ser complementares ou substituírem-se uma à outra. (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social/MTSS & Nogueira, 2009; Sequeira, 2010; Soares & Fialho, 2011)



É responsabilidade do SAD, em colaboração com o utente e respectiva família, mediante as necessidades expressas e a avaliação de cada situação, elaborar um plano de cuidados individualizado, do qual constem os recursos humanos e instrumentais, designadamente ajudas técnicas. Das necessidades expressas, sabe-se que cerca de 70% das pessoas idosas que ficam no domicílio referem um ou mais problemas físicos, os quais interferem nas actividades da vida diária.(Lindesay & Thompson, 1993; Soares & Fialho, 2011)

A Segurança Social (2012) define o Serviço de Apoio Domiciliário como

... Resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária...

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) tendo por base as necessidades das pessoas e as AVD's, tais como a saúde, a higiene, a alimentação e a qualidade de vida, entre outros, vê consagrados na lei os seus objectivos, em 1999 (Diário da República - I Série B, 1999):

- 1) Garantir cuidados de ordem física e apoio psicológico e social a indivíduos e famílias;
- 2) Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições;
- 3) Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia;
- 4) Satisfazer as necessidades básicas dos pacientes, oferecendo apoio físico e social para os indivíduos e suas famílias, e colaborando na prestação de cuidados de saúde;
- 5) Garantir a prestação de cuidados, incluindo os de natureza urgente e permanente, tentando manter a autonomia dos idosos nas suas próprias casas;
- 6) Colaborar na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde qualificado, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde;
- 7) Colaborar e/ou assegurar o acesso a cuidados de saúde;
- 8) Apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades do dia-a-dia;
- 9) Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- 10) Acompanhamento das refeições;
- 11) Manutenção de arrumos e limpeza da habitação, estritamente necessária à natureza do apoio a prestar;
- 12) Tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviço do SAD;
- 13) Confecção de alimentos no domicílio e ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviço do SAD;
- 14) Melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e famílias;
- 15) Incentivar as relações familiares;



- 16) Disponibilizar informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades.

A Portaria nº 38/2013 de 30 de Janeiro (Diário da República - I Série, 2013) revê os objectivos do SAD alterando-os ligeiramente:

a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das actividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

Passam então a constituírem-se como objectivos do SAD:

- 1) Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- 2) Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- 3) Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;
- 4) Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia;
- 5) Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo este objecto de contratualização;
- 6) Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- 7) Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Segundo o mesmo diploma o SAD deve reunir condições para prestar, pelo menos, quatro dos seguintes cuidados e serviços:

- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados;
- Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica;
- Tratamento da roupa de uso pessoal do utente;
- Actividades de animação, lazer, cultura;
- Aquisição de bens e géneros alimentícios;
- Pagamento de serviços;
- Deslocação a entidades da comunidade;
- Serviço de teleassistência.

Pode ainda assegurar outros serviços como:

- Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes;
- Apoio psicossocial;
- Confeção de alimentos no domicílio;
- Transporte;
- Cuidados de imagem;
- Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio;
- Realização de actividades ocupacionais.

O Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal viu a sua capacidade aumentar 33,25%, entre 2006 e 2010. Das três valências sociais mais utilizadas por pessoas idosas (SAD, Centro de Dia e Lar de Idosos) o SAD foi a que obteve um maior aumento, tendo as restantes sido de 22,66% para o Lar de Idosos e 8,79% para o Centro de Dia.

Ao analisar as taxas de utilização, verificamos igualmente um aumento nessas três valências. A valência de SAD teve um aumento de 25,33%, a valência Lar de Idosos um aumento de 24,48% e a valência de Centro de Dia um aumento de 5,93%. No mesmo período de tempo a procura do Serviço de Apoio Domiciliário aumentou cerca de 90%, facto devido à preferência crescente da manutenção dos idosos no seu meio habitacional. A taxa de ocupação do SAD pelas pessoas idosas, em 2010, em Portugal Continental, foi de 83,9%. (Equipa de Estudos e Políticas de Segurança Social, 2010; Paúl & Ribeiro, 2012; Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007). O aumento da valência de SAD entre 2008 e 2010 foi de 138%, principalmente para a população idosa. (Equipa de Estudos e Políticas de Segurança Social, 2010)

Em 2007, o SAD não possuía uma elevada percentagem de utilizadores dependentes ou grandes dependentes, visando essencialmente manter os idosos no seu domicílio o maior tempo possível e potenciando a sua autonomia relativa. Actualmente verifica-se uma elevada percentagem de pessoas parcialmente dependentes a usufruírem deste serviço. (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social/MTSS & Nogueira, 2009)

Segundo o estudo *Home care across Europe* (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson, & Saltman, 2012), Portugal apresenta uma das mais elevadas percentagens de pessoas idosas com limitações graves embora não referencie quais são essas limitações.

Em Portugal, como aliás no resto da Europa, com o envelhecimento da população verifica-se um aumento da pressão sobre as instituições para o fornecimento de mais e melhores

serviços a baixo custo. O cuidado integrado pode ser definido como um conjunto de serviços ou procedimentos de cuidados planeados e organizados orientados para um conjunto de necessidades multidimensionais para uma pessoa ou grupo de pessoas com necessidades similares. (Santana *et al.*, 2007)

Tendo em conta o crescimento da população idosa, projecta-se que existirá um aumento das respostas sociais. Sendo o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) direccionado para a população com 65 anos ou mais, apresenta uma componente de serviços diversos e flexíveis podendo proporcionar complementaridade aos recursos dos familiares nos cuidados providenciados (Soares & Fialho, 2011).

No estudo *A vida... vista pelos idosos* (R. Martins *et al.*, 2010), são descritas as necessidades sentidas pelos idosos no seu local de residência. Este estudo apresenta a visão que a sociedade tem em relação às pessoas idosas, que ao ultrapassarem uma certa idade e deixarem, de forma inconsciente, de ser sociáveis, as transforma num grupo à parte.

A atitude da sociedade perante as pessoas idosas está associada aos aspectos mais negativos ligados ao envelhecimento. Assim, a percepção que os idosos têm de si mesmos, influenciados pela visão da sociedade, torna-os extremamente sensíveis e vulneráveis.

No estudo acima referido quando questionados 336 idosos dos residentes nos seus próprios domicílios ou de familiares verifica-se que a maioria não faz planos, sente-se triste e só, têm medo de sofrer e de incomodar os outros (Cunha, 2007; Lindesay & Thompson, 1993; R. Martins *et al.*, 2010).

Na sua residência, o idoso tem as suas memórias, os objectos e os lugares que domina.

O envelhecimento populacional, acompanhado de um aumento da longevidade fez emergir a necessidade de encontrar soluções que visem responder aos problemas sociais que daí advém, entre os quais a crescente solidão e isolamento da população idosa, agravada pela fraca capacidade financeira, que dificulta o acesso a serviços e bens de promoção da qualidade de vida. A protecção social assume uma grande responsabilidade na promoção da autonomia, saúde e integração social da população idosa, pelo maior tempo alcançável, através da implementação de políticas que visem dar resposta às necessidades emergentes deste segmento da população, nomeadamente através da criação de serviços e equipamentos que potenciem e incentivem a sua participação social e a sua satisfação e qualidade de vida, efectivando as reais necessidades diagnosticadas.

Desta forma criaram-se equipamentos institucionais, que promovem o bem-estar dos idosos e que apresentam respostas às suas necessidades diárias. Segundo a Carta Social, em 2011

encontravam-se institucionalizados 3100 indivíduos, 10% da população residente com mais de 65 anos, no concelho da Amadora.

O Apoio Domiciliário tem vindo a ser cada vez mais referenciado em relação ao envelhecimento, nomeadamente ao nível da promoção do bem-estar, dando a possibilidade de permanecer em casa por um maior período de tempo. Esta resposta abrange 22% da população institucionalizada, proporcionando ao idoso a possibilidade de envelhecer melhor, sendo os cuidados essenciais ao bem-estar e conforto, com a prestação de quatro serviços distintos, porém complementares e de carácter obrigatório: higiene pessoal, cuidados com o lar, tratamento de roupas e alimentação.

Verifica-se em termos gerais que a taxa de cobertura das valências de apoio à população idosa é reduzida para a população existente, pelo que se torna necessário pensar em novas infra-estruturas e na diversificação e adequação das respostas existentes, tentando responder em conformidade com as necessidades da população alvo.

Emerge também a necessidade de inovação nos serviços existentes, definindo novas e diversificadas actividades de modo a incentivar e estimular o idoso à participação nas mesmas. Os horários devem tornar-se mais flexíveis, nomeadamente no que respeita aos serviços nocturnos e aos fins-de-semana, combatendo lacunas na resposta às necessidades. É fundamental também dinamizar actividades mistas, que conjuguem o envolvimento informal e formal de forma a potenciar à população idosa a manutenção dos laços afectivos e a sua identidade.

A Folha Informativa 11/2013 da Carta Social (2013) dá conta da evolução da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), onde verificamos que as respostas sociais dirigidas a grupos alvo como os idosos, principalmente o Serviço de Apoio Domiciliário teve um crescimento de 31,3% entre os anos de 2005 e 2012, sendo a resposta social que apresentou maior crescimento em Portugal.

No concelho da Amadora, existem 17 equipamentos de Serviço de Apoio Domiciliário, sendo que a capacidade total dos mesmos é de 828 pessoas embora só 753 pessoas dele usufruam, dados actualizados do início de 2014. (Câmara Municipal Amadora, 2011; Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2007)

O CLAS (Conselho Local de Acção Social da Amadora), sentiu a necessidade de identificar a população idosa que poderia estar em situação de isolamento e/ou dependência no município, elaborando perfis desta população, recolhendo informação sobre as suas necessidades de modo a definir estratégias de intervenção. Verificou-se que dos 32 742 idosos residentes no Município, 2 169 estão institucionalizados, o que corresponde a 6.6% da população idosa



residente. O maior número de idosos institucionalizados frequenta a resposta social de Centro de Dia/Convívio. Verifica-se ainda um aumento de 11% na cobertura da resposta de SAD de 2011 para 2012. (Moreno & Pires, 2013)

O Município prevê que na próxima década seja feito um esforço para permitir aos idosos que possam permanecer em sua casa o maior tempo possível, o que exigirá um reforço muito grande das equipas de SAD para cuidados sociais e de saúde, sendo esta até 2020 uma das respostas mais necessárias. Perante isto, é necessário que exista uma ligação entre os serviços que prestam apoio social e os serviços de saúde. Uma coordenação entre os dois serviços permitiria uma abordagem transversal ao envelhecimento segundo as necessidades encontradas (Soares & Fialho, 2011).

### 2.6.1. Ajudante Familiar no Serviço de Apoio Domiciliário

Em contexto de SAD o ajudante familiar pode ter várias designações como por exemplo: ajudante familiar, cuidador formal, cuidador de acção directa, entre outras. Segundo a Classificação Nacional das Profissões 2010 (2011) podemos classificar os ajudantes familiares segundo a tabela abaixo (Tabela 9) adequado de (Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2011):

**Tabela 9 - Classificação Nacional das Profissões 2010: Ajudantes Familiares**

Classificação	Código	Definição
<b>Grande Grupo</b>	5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	
<b>Sub-Grande Grupo</b>	53 – Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares	
<b>Sub-Grupo</b>	532 Trabalhadores de cuidados pessoais nos serviços de saúde	Compreende as tarefas e funções do auxiliar de saúde, ajudante familiar e outros trabalhadores dos cuidados pessoais e similares nos serviços de saúde, com especial incidência no fornecimento de cuidados pessoais e assistência, apoio na mobilidade e actividades diárias de pacientes, pessoas idosas e incapacitadas, em instalações de saúde e residências.
<b>Grupo Base Profissão</b>	5322 Ajudante familiar 5322.0	
	Compreende as tarefas e funções do ajudante familiar que consistem em:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apoiar utentes nas necessidades individuais e terapêuticas (higiene pessoal, alimentação, vestir, mobilidade física, comunicação, tomar medicamentos, etc.) normalmente a partir dum plano estabelecido por um profissional de saúde;</li><li>• Manter registos dos utentes (cuidados prestados, respostas aos tratamentos, etc.) e reportá-los aos profissionais dos serviços sociais ou de saúde;</li><li>• Posicionar e levantar utentes com dificuldades de mobilidade e ajudar a transportá-los em cadeiras de rodas ou veículos automóveis;</li><li>• Fornecer aos utentes e famílias apoio afectivo, informativo e aconselhamento sobre nutrição, higiene, exercício e adaptação à incapacidade ou doença;</li><li>• Manter condições de higiene do utente (mudar roupa de cama, lavar vestuário, limpar a casa, etc.);</li><li>• Assegurar apoio psicológico aos utentes através da conversação ou leitura;</li><li>• Planear, comprar, preparar ou servir refeições nutricionais e dietas prescritas;</li><li>• Marcar e acompanhar os utentes a consultas médicas ou a outros profissionais de saúde.</li></ul>

No estudo *Types and patterns of safety concerns in home care: staff perspectives* (Craven, Byrne, Sims-Gould, & Martin-Matthews, 2012) o ajudante familiar é caracterizado como trabalhador de apoio domiciliário ou trabalhador de cuidado directo/trabalhador de cuidados domiciliários. Estes desempenham um papel fundamental na ajuda da população idosa nos cuidados pessoais, como por exemplo, a tomar banho, a vestir, a ir à casa de banho, tornando possível que a população idosa permaneça em casa e possa ter todo o cuidado no conforto da sua casa. O espaço de trabalho em que actua, ou seja a casa da população idosa que usufrui deste serviço, é um ambiente não controlado, não regulado e a supervisão do trabalho é mínima. Um cuidado de qualidade em casa depende de um ambiente seguro para providenciar e receber o cuidado, tendo em conta que não existem normas específicas para os domicílios e que é difícil de encontrar as mesmas condições em todas as casas.

Em Portugal e à semelhança de outros países, as tarefas mais realizadas pelos ajudantes familiares são: o banho (98%), vestir (98%), lembretes da medicação (92%), higiene (91%) e de transferência (87%). A maioria dos trabalhadores (80%) também presta assistência à realização de exercício. Existem outras tarefas como o fornecimento de serviços de limpeza, incluindo lixo e reciclagem (90%), lavandaria (86%), aspirar (77%), limpar o chão (75%) e pó (70%) (Craven *et al.*, 2012). O cuidador, no seu dia-a-dia, apoia e ajuda pessoas vulneráveis e dependentes, complementando e ajudando-as nas actividades que deixaram de conseguir fazer. É também aquele que cuida prestando apoio em situação de dependência, podendo esta situação de dependência ser temporária ou definitiva e irreversível. (Direcção-Geral da Saúde, 2011; Sousa, 2012)

De acordo com estudos europeus a na perspectiva dos ajudantes familiares, existem algumas dificuldades no desempenho do SAD, entre as quais se contam o planeamento e a exigência de tempo, a tensão no fornecimento de cuidados continuados íntimos, o tentar manter distância emocional, e a tentativa de equilíbrio entre as tarefas contratadas no plano de cuidados e as necessidades e desejos dos utentes idosos. Constitui, de facto, um problema o afastamento entre as tarefas atribuídas no plano de cuidados e algumas necessidades e desejos dos utentes idosos. Segundo o mesmo estudo, na perspectiva dos utentes existe a necessidade contínua de preparar e administrar o serviço e um desejo e necessidade de um certo companheirismo. (Craven *et al.*, 2012; Martin-Matthews & Sims-Gould, 2008). Outro dos problemas referidos é a escassez de tempo no atendimento das pessoas idosas, pois, existe um agendamento dos idosos, sendo estes bastante exigentes com as horas de cuidado que lhes são fornecidas. Esta questão leva a uma outra apontada neste estudo e que reside na diferença de cuidados que os idosos necessitam realmente e as tarefas que são contratualizadas aquando do início do serviço. (Martin-Matthews & Sims-Gould, 2008).



A problemática da adequação dos serviços de SAD prestados em relação às necessidades reais dos utentes, parece estar não ter sido considerada uma prioridade. No entanto consideramos ser relevante a sua abordagem científica. Nesse sentido, e de acordo a precepção adquirida no exercício profissional de Fisioterapia, fez-nos sentido dedicarmos o presente trabalho de tese de mestrado a essa exploração.



### 2.6.2. Fisioterapeuta no Serviço de Apoio Domiciliário

A prestação de serviços de reabilitação no domicílio tem como principal objectivo manter ou melhorar a funcionalidade, a qualidade de vida e a independência dos indivíduos.

Segundo o estudo *Rehabilitation in Home Care Is Associated With Functional Improvement and Preferred Discharge* (Cook *et al.*, 2013), os utentes que permanecem em casa com cuidados domiciliários apresentam melhores resultados se receberem fisioterapia. Independentemente do nível inicial de funcionalidade os utentes aumentam a probabilidade de melhorar o seu desempenho nas actividades da vida diária, tanto nas básicas como nas instrumentais. Os utentes que receberam serviços de fisioterapia em casa obtiveram ganhos iguais ou maiores do que os que se encontravam em internamento tendo em conta a sua função, cognição e qualidade de vida. Neste mesmo estudo é referido que, além de se verificarem melhorias funcionais nos utentes, a disponibilização do serviço de Fisioterapia ajuda na diminuição da utilização do sistema de saúde, com custos reduzidos para a comunidade.

Para que estas situações possam ser tidas em conta e para que a dependência parcial das pessoas idosas no domicílio não se agrave para uma situação de grande dependência, e tendo em conta que para a manutenção e/ou recuperação de determinadas actividades os idosos beneficiam de treino específico, como por exemplo uma locomoção eficaz (Krebs, Jette, & Assmann, 1998), é de considerar a importância de complementar o SAD com a intervenção por parte de um fisioterapeuta.

Segundo um estudo de Santana, a fisioterapia em SAD é proporcionada através do centro de saúde, dependendo de recursos atribuídos ao sector da saúde. Das IPSS que prestam SAD, cujos recursos provêm do sector social, apenas 8%, incluem serviço de fisioterapia. (Santana *et al.*, 2007).

Consideramos que as vantagens, em termos de fortalecimento e mobilidade, que a intervenção em fisioterapia pode proporcionar às pessoas idosas que usufruam de SAD, constituem uma actuação com custo-benefício, passível de contribuir para a recuperação/manutenção de independência (Helbostad, Sletvold, & Moe-Nilssen, 2004), nomeadamente através de intervenção ao nível da marcha (Krebs *et al.*, 1998).

No estudo *Care recipients' perceptions of activity-related life space and life satisfaction during and after geriatric rehabilitation* (Åberg, 2008) o autor refere que os idosos submetidos à reabilitação consideraram que se encontravam fisicamente activos sendo um requisito para o desempenho das actividades da vida diária. Também é referido que a redução dos níveis de



actividade, devida a ideias negativas e a baixas expectativas, tais como o medo de fracassar, pode ter efeitos adversos sobre a função de alguns sistemas, como a função cardiorrespiratória e a força muscular, aspectos que podem ser evitados e contrariados mediante a intervenção do fisioterapeuta.

Os fisioterapeutas possuem as habilitações e competências indicadas para direccionar os utentes durante a sua recuperação, podendo evitar episódios de dependência de instalação aguda e contribuir para o aumento da capacidade funcional dos idosos que acompanham. (Cook *et al.*, 2013)



## 3. Métodos e Instrumentos

### 3.1. Tipo de estudo

O presente estudo, devido aos seus objectivos e considerando a pergunta de partida, foi desenvolvido utilizando em simultâneo diversos métodos de investigação: quantitativos, qualitativos, descritivos, correlacionais e transversais e, obedecendo a etapas de observação e de análise da informação (Tabela 10).

O método quantitativo é descrito na literatura (Fortin, 2003; Freixo, 2009; Vilelas, 2009) como um “processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador” tendo como finalidade “contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.”

O método qualitativo é descrito (Fortin, 2003; Freixo, 2009; Vilelas, 2009) como o método onde o investigador “observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los, tendo por objectivo o desenvolvimento do conhecimento descrevendo ou interpretando, mais do que avaliar.”

A definição do método descritivo assenta em “procurar especificar as propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise. Avaliam diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenómeno ou fenómenos a investigar”.

O método correlacional (Fortin, 2003; Freixo, 2009; Vilelas, 2009) visa “determinar as relações entre as variáveis presentes num estudo. Não procura estabelecer uma relação causa-efeito. O seu objectivo é quantificar, através de provas estatísticas, a relação entre duas ou mais variáveis.”

O estudo transversal (Fortin, 2003; Freixo, 2009; Vilelas, 2009) é “semelhante à de um estudo de coorte, no entanto, nos estudos transversais todas as medições são feitas num único “momento”, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos.”

Segundo Quivy & Campenhoudt (2005) a observação “compreende o conjunto das operações através das quais o modelo de análise é confrontado com dados observáveis. Esta etapa de observação equivale a responder às três perguntas: observar o quê?; em quem?; como?”. A análise de observação “é a etapa que trata a informação obtida através da observação para a apresentar de forma a poder comparar os resultados observados com os esperados a partir da hipótese. Os principais métodos de análise das informações são a análise estatística dos dados e a análise de conteúdo.”

**Tabela 10 - Descrição dos métodos de investigação**

<b>Métodos</b>	<b>Enquadramento do estudo</b>
Quantitativo	Através do questionário quantificar o grau de dependência e o grau de ajuda do utente, avaliado pelo próprio, pelo ajudante familiar e pelo fisioterapeuta.
Qualitativo	Através dos comentários realizados pelos utentes e ajudantes familiares, analisar a informação obtida através do questionário, complementando-a com a informação resultante de observação directa.
Descritivo	Descrever as características sociodemográficas, as alterações no habitat e a ajuda técnica existentes; Caracterizar o estado emocional; Caracterizar a orientação tempo-espacial; Caracterizar o grau de dependência no auto-cuidado e mobilidade; Caracterizar o grau de ajuda no auto-cuidado e mobilidade;
Correlacional	Verificar a relação entre o grau de dependência e o grau de ajuda; Verificar se existe diferença entre o grau de dependência atribuído ao utente, pelo próprio, pelo ajudante familiar e pelo fisioterapeuta; Verificar se existe associação entre o auto-cuidado e a mobilidade; Correlação entre o grau de dependência e o grau de ajuda; Verificar se existe relação entre o grau de dependência avaliado pelo utente, pelo ajudante familiar e pelo fisioterapeuta; Verificar se existe relação entre o grau de ajuda avaliado pelo utente, pelo ajudante familiar e pelo fisioterapeuta;
Transversal	A recolha de dados é feita no momento em que é realizada a visita domiciliária e na reunião individual com as ajudantes familiares.
Observacional	Verificar se existem alterações no habitat do utente; qual o seu desempenho com ajudas técnicas, se forem necessárias e como realizam as tarefas de auto-cuidado e mobilidade
Análise de informação	Análise dos dados e do conteúdo recolhidos através dos questionários

### 3.2. População e amostra

Existem 17 instituições no conselho da Amadora com registo na Carta Social, que apresentam uma capacidade total de 816 vagas sendo que 753 encontram-se ocupadas. Dessas instituições registadas foram contactadas 7, que fornecem o Serviço de Apoio Domiciliário, no sentido de proceder à recolha de dados nomeadamente: o Centro Social Paroquial de Alfovelos, a Divisão de Intervenção Social (sendo o pedido reencaminhado para o Centro Rainha Santa Isabel pertencente à Santa Casa da Misericórdia da Amadora), o Centro Social Paroquial de São Brás, a acção social da Cruz Vermelha Portuguesa para recolha posterior de dados na Cruz Vermelha Portuguesa delegação local da Amadora, a CEBESA – Serviço de Apoio Domiciliário, a Associação de Socorros Médicos - O Vigilante e o Lar de S. José pertencente ao Centro Social Paroquial Da Brandoa. Das 7 instituições contactadas, 5 aceitaram participar no estudo permitindo a recolha de dados. Posteriormente verificou-se a exclusão do Lar de S. José - Centro Social Paroquial da Brandoa, devido aos utentes sugeridos não corresponderem aos critérios de inclusão do estudo.

No primeiro contacto, estabelecido por telefone, foi feita uma descrição sucinta do estudo e o pedido de agendamento de uma reunião com a Assistente Social responsável pelo SAD. Após este contacto e com a confirmação das reuniões, eram efectuados dois procedimentos, primeiramente, se por parte das direcções fossem pedidas antecipadamente as autorizações para a recolha de dados, enviávamos por *email* para a Instituição o pedido de autorização da Faculdade de Ciências Médicas assinado pela orientadora da tese (Apêndice II) e uma carta da investigadora a descrever o estudo (Apêndice I), senão os mesmos documentos eram entregues em mão à Assistente Social para poder ser autorizada a realização do estudo.

Posteriormente eram entregues ao utente e à ajudante familiar os documentos de consentimento informado (Apêndices III e IV), através das Assistentes Sociais, sendo que em alguns casos os mesmos eram entregues pela própria investigadora, que informava os utentes e as ajudantes familiares que a participação no estudo era voluntária e que poderiam tanto recusar como desistir do estudo a qualquer momento.

Para a obtenção da amostra foi necessária a colaboração das Assistentes Sociais de cada instituição na escolha dos utentes que se enquadrassem nos critérios de inclusão, pré estabelecidos. Estabelecemos como condição que a amostra fosse composta por utentes que usufruíssem do serviço de apoio domiciliário das instituições acima referidas, que tivessem contratualizado pelo menos um serviço de SAD e em que pelo menos um fosse a higiene pessoal.

Assim foram admitidos os utentes de SAD com idades iguais ou superiores a 65 anos, sem perturbação cognitiva grave, que concordassem participar no estudo com a sua respectiva ajudante familiar. Foram excluídos os utentes com perturbação cognitiva, com dificuldades de comunicação, com doença instável e/ou com doença psíquica avançada.

A atribuição das ajudantes familiares aos utentes é feita de duas formas: nas equipas de 5 dias a distribuição é realizada segundo uma escala fixa feita pela Assistente Social e não existe rotação das ajudantes familiares pelos utentes (à excepção de quando existam férias, folgas ou ausências por motivos externos); nas equipas de 7 dias as ajudantes familiares rodam entre os utentes, não sendo atribuído um ajudante fixo ao utente.

Após a escolha dos utentes e das ajudantes familiares, designada pelas Assistentes Sociais, era atribuído um código a cada um dos intervenientes para registo numa base de dados em Excel, posteriormente colocado no canto superior esquerdo de questionário. Assim, aos utentes era atribuído a letra I com o número associado à ordem de inquirição, sendo colocado no seu questionário, no primeiro espaço o código atribuído seguido da data da vista domiciliar no segundo espaço. Às ajudantes familiares eram atribuídas as letras AF sendo o número atribuído pela ordem que era designada pela Assistente Social. No questionário o primeiro espaço no canto superior esquerdo era colocado o código atribuído a ajudante familiar e no segundo espaço o código do utente do qual a ajudante teria de dar a sua percepção. No questionário do Fisioterapeuta os códigos colocados eram os de identificação do utente e da ajudante familiar, para ser perceptível o par associado.

Após estes procedimentos e designados os utentes e as ajudantes familiares que poderiam integrar a amostra do estudo foram efectuadas visitas domiciliárias a casa de cada utente, para as inquirições. Esta etapa também incluiu o preenchimento do questionário do Fisioterapeuta com base no utente avaliado e na observação do meio envolvente em que o utente vive, ou seja, o seu domicílio.

Os questionários foram aplicados às ajudantes familiares em reuniões individuais ou em reuniões de equipa, conforme menos prejudicial para o desempenho das suas tarefas. No início explicávamos como era feito o preenchimento do questionário tendo em conta a sua opinião sobre a realização das actividades de auto-cuidado e mobilidade dos utentes à sua responsabilidade.

### 3.3. Instrumentos e Procedimentos

A realização do presente estudo consistiu na aplicação de um questionário, assim como na análise de conteúdo a comentários livres dos intervenientes e a dados de observação por parte do investigador, onde cada interveniente teve o seu papel (Tabela 11).

**Tabela 11 - Papel dos intervenientes no presente estudo**

	<b>Idosos</b>	<b>Ajudantes Familiares</b>	<b>Fisioterapeuta</b>
Resposta a questões estruturadas	X	X	X
Comentários	X	X	
Observação			X
Análise de comentários			X

O questionário aplicado baseou-se nas perguntas do Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa (EPEPP) e da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

Na primeira parte do questionário, as componentes sociodemográfica (Idade, Estado Civil e Nível de Escolaridade), estado emocional, orientação temporal e orientação espacial, foram ajustadas conforme as necessidades de inquirição com base no estudo EPEPP. Na segunda parte do questionário as categorias do auto-cuidado e mobilidade, com enfoque nas actividades básica da vida diária, foram seleccionadas segundo categorias da CIF. Assim, foram incluídas no questionário quatro categorias do Capítulo 5 – Auto-Cuidados e três categorias do Capítulo 4 – Mobilidade referentes às Actividades e Participação. As correspondências encontram-se da tabela abaixo (Tabela 12):

**Tabela 12 - Correspondências entre tarefas e a CIF**

	<b>Tarefas</b>	<b>CIF</b>
<b>Auto-Cuidado</b>	<b>Higiene</b>	Capítulo 5 – Auto-Cuidados d520 – Cuidar de parte do corpo
	<b>Vestir</b>	Capítulo 5 – Auto-Cuidados D540 – Vestir
	<b>Banho</b>	Capítulo 5 – Auto-Cuidados d510 – Lavar-se
	<b>Alimentação</b>	Capítulo 5 – Auto-Cuidados d550/d560 – Comer/Beber



<b>Mobilidade</b>	<b>Transferências</b>	Capítulo 4 – Mobilidade d420 – Auto-transferências
	<b>Marcha</b>	Capítulo 4 – Mobilidade d520 – Cuidar de parte do corpo
	<b>Escadas</b>	Capítulo 4 – Mobilidade d455 – Deslocar-se d45551 – Subir/Descer

De notar que na tarefa do banho, entrar e sair da banheira ou poliban não se encontravam descrita na CIF, sendo necessário acrescentá-las no auto-cuidado.

Nas tarefas apresentadas o auto-cuidado é composto por quatro tarefas (higiene, banho, vestir e alimentação) e a mobilidade por três (transferências, marcha e escadas). Cada uma das tarefas pode ser dividida em sub-tarefas:

- ✓ Auto-cuidado
  - Higiene
    - Pele
    - Dentes
    - Cabelo/Barba
    - Unhas mãos
    - Unhas pés
  - Banho
    - Lavar o corpo
    - Secar o corpo
    - Entrar na banheira
    - Sair da banheira
    - Poliban
  - Vestir
    - Vestir
    - Despir
    - Calçar
    - Descalçar
    - Apertar/Desapertar botões, atacadores e fechos
  - Alimentação
    - Comer

- Beber
- ✓ Mobilidade
  - Transferências
    - Deitado-Sentado
    - Sentado-Sentado
    - Sentado-Pé
  - Marcha
    - Dentro de casa
    - Fora de casa
  - Escadas
    - Subir
    - Descer

A escala utilizada para atribuição do grau de dependência para classificar cada tarefa de autocuidado e mobilidade foi uma escala de tipo Likert, em que 1 corresponde à pessoa incapaz de realizar as actividades e 5 a pessoa que é totalmente independente (Tabela 13). Esteve na base desta classificação, após adequação, a definição de dependência referida na Carta Social. Para este estudo foi tomada a decisão de operacionalizar o conceito de grau de ajuda. O grau de ajuda foi dividido em não necessário, conveniente e necessário. Sabemos que normalmente a ajuda é classificada em categoria dicotómica (não precisa e precisa) mas, neste estudo classificámos a ajuda em não precisa, ajuda de conveniência e ajuda necessária. No questionário, este grau foi subdividido em tarefas e sub-tarefas, a assinalar individualmente com uma cruz (Apêndice VI).

**Tabela 13 - Definição Grau de Dependência e Grau de Ajuda**

	Grau	Definição
Grau de Dependência	1 - Incapaz	Acumula as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontra-se acamado ou apresenta quadro de demência grave
	2 - Dependente de pessoas/meios	Não pode praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal
	3 - Dependente de pessoas	Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação
	4 - Dependente de meios	Necessita de apoio de ajudas técnicas para executar as tarefas
	5 - Independente	Capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básicas

Grau de Ajuda	0 - Não necessita	Não é prestada qualquer ajuda na realização nas tarefas de auto-cuidado e mobilidade
	1 - Conveniência	Ajuda prestada nas tarefas de auto-cuidado e mobilidade que poderia ser dispensada, mas é realizada por conveniência do próprio ou de quem presta o serviço
	2 - Necessária	Ajuda prestada nas tarefas de auto-cuidado e mobilidade quando as mesmas não podem ser realizadas com independência

A construção do questionário para inquirição das Ajudantes Familiares, sobre a percepção que demonstram sobre os utentes, teve por base as actividades de auto-cuidado e mobilidade descritas anteriormente (Apêndice VII).

Para a percepção fornecida pelo Fisioterapeuta as actividades questionadas foram as mesmas. Acrescentou-se informação referente a dados de observação sobre as alterações realizadas no domicílio para este ser mais funcional e as ajudas técnicas que o utente utilizava nas actividades realizadas, que foi submetida a análise de conteúdo (Apêndice VIII).

Antes da versão final do questionário ser aplicada à amostra realizámos um pré-teste referente a  $n$  idosos em apoio de SAD, de que resultou a introdução de alterações referentes à forma de abordagem dos diversos blocos de perguntas e à forma de inserção dos comentários.

### 3.4. Análise Estatística

Para caracterização da amostra foram realizados testes estatísticos (Maroco, 2007), podendo os mesmos ser divididos em testes de estatística descritiva, testes paramétricos para comparar populações a partir de amostras independentes e testes para comparação de populações a partir de amostras emparelhadas (Tabelas 14 e 15).

Na estatística descritiva foram utilizadas medidas de tendência central (média amostral), medidas de dispersão (desvio-padrão) e medidas de associação (correlação de Person e Spearman)

A média amostral é uma medida de tendência central em que  $n$  é a dimensão da amostra (o número de observações na amostra). Só tem significado para variáveis de tipo quantitativo.

O desvio-padrão é uma medida de dispersão fácil de interpretar, sendo a sua dimensão a mesma da variável sob estudo, apropriada apenas para a amostra em causa.

As medidas de associação quantificam a intensidade e a direcção da associação entre duas variáveis. São também designadas por coeficientes de correlação. Uma correlação mede a associação entre variáveis sem qualquer implicação de causa e efeito entre ambas. As correlações podem ser bivariadas (envolvendo apenas duas variáveis) ou multivariadas (envolvendo mais de duas variáveis).

O Coeficiente de correlação de Pearson ( $-1 \leq \rho \leq 1$ ) mede a intensidade e a direcção da associação de tipo linear entre duas variáveis quantitativas.

O Coeficiente de correlação de Spearman ( $-1 \leq \rho_s \leq 1$ ) é uma medida de associação não-paramétrica entre duas variáveis pelo menos ordinais.

**Tabela 14 - Testes para estatística descritiva**

	Estatísticas descritivas	
	Medidas de tendência central	Medidas de dispersão
<b>Quantitativa</b>	Média amostral	Desvio-padrão
<b>Associação</b>	Correlação	
	Coeficiente de correlação de Pearson	Coeficiente de correlação de Spearman

Para a realização dos testes paramétricos com vista a comparar populações a partir de amostras independentes, foi realizada uma comparação de médias de mais de duas populações, sendo feita uma análise de variância (através da ANOVA) e uma comparação múltipla de médias, correspondentes aos testes de post-hoc, (através do teste de Scheffé).

A comparação de médias de duas ou mais populações, devendo as mesmas serem aleatórias e independentes, é realizada através da análise de variância (ANOVA – Analysis of Variance) se a distribuição da variável for Normal e se as variâncias forem homogéneas.

Sendo que a ANOVA não indica qual/quais os pares com média diferente, para determinar esta diferença foram utilizados os testes de post-hoc. O teste de Scheffé permite cálculos mais simples quando comparado um número reduzido de grupos, apresentando a vantagem de tornar possível realizar inúmeras comparações *a posteriori*. Por fim, o teste para comparação de populações a partir de amostras emparelhadas utilizado neste estudo foi o teste de Friedman, pois estuda um único factor relativo a duas ou mais amostras emparelhadas.

Neste estudo tomaremos como valor de referência para rejeição de hipóteses, o valor de 5% para o p-value.

**Tabela 15 - Testes estatísticos paramétricos e não paramétricos para comparação da amostra**

		Testes paramétricos para comparar populações a partir de amostras independentes
<b>Comparação de médias de mais do que duas populações</b>	<i>Análise de variância</i>	ANOVA
	<i>Comparação múltipla de médias</i>	Teste de Scheffé
		Testes para comparação de populações a partir de amostras emparelhadas
<b>Métodos não paramétricos para comparação de populações a partir de duas ou mais amostras emparelhadas</b>		Teste de Friedman

### 3.5. Aspectos éticos

Após a identificação dos utentes elegíveis e das respectivas ajudantes familiares, por parte das Assistentes Sociais, foi entregue um documento de consentimento informado que continha a informação pessoal da investigadora para contacto, o título do estudo e os seus objectivos, os critérios de inclusão no mesmo, o tempo de duração, o livre arbítrio de participar e a informação que os dados recolhidos eram de carácter confidencial e anónimo (Apêndice III e IV).

De notar que aquando da escolha dos utentes e das ajudantes familiares para integração no estudo foi verificado que uma ajudante familiar pode ter mais de um utente atribuído, ou seja, é possível que na amostra exista uma ajudante que tenha de dar a sua percepção sobre quatro utentes diferentes (exemplo). Por lei, o rácio de ajudantes familiares por utente é de 6 para 1.



## 4. Resultados

## 4.1. Resultados

Dos inquiridos, obtivemos resposta de 28 ajudantes familiares e um fisioterapeuta. A amostra foi constituída por 51 utentes que usufruem do Serviço de Apoio Domiciliário do conselho da Amadora, provenientes de 5 instituições. Os dados foram recolhidos entre Agosto de 2013 e Abril de 2014. Destes, 41 (80,4%) eram do sexo feminino e 10 (19,6%) do sexo masculino. A idade média da amostra foi de 82,4 anos, com desvio padrão de 6,81, sendo a idade máxima 98 anos e a idade mínima 65 anos.

Quando verificado o estado civil da amostra, a maioria da população inquirida era viúva (56,9%). O segundo estado civil mais referido era o de casado (23,5%). (tabela 16).

**Tabela 16 – Caracterização da amostra por Estado Civil**

Estado Civil		
	n	%
<b>Solteiro</b>	4	7,8
<b>Casado</b>	12	23,5
<b>Viúvo</b>	29	56,9
<b>Separado/Divorciado</b>	6	11,8
<b>União de facto</b>	0	0
<b>Total</b>	51	100

Ao nível da escolaridade, 39,2% frequentou o ensino primário sendo também bastante referido a não conclusão do ensino primário (33,3%). Os restantes níveis de escolaridade apresentam percentagens pouco significativas (Tabela 17).

**Tabela 17 – Caracterização da amostra por Nível de Escolaridade**

Nível de Escolaridade		
	n	%
<b>Não frequentou a escola</b>	4	7,8
<b>Não completou o ensino primário</b>	17	33,3
<b>Ensino primário</b>	20	39,2
<b>Ensino preparatório</b>	2	3,9
<b>Ensino secundário</b>	3	5,9
<b>Ensino profissional</b>	4	7,8
<b>Ensino universitário</b>	1	2,0
<b>Total</b>	51	100



Quando questionados sobre o seu estado emocional no último mês, a tristeza, a ansiedade, a falta de energia estão presentes quase sempre, sendo que 52,9% sentiu-se triste, 41,2% sentiu-se ansioso e 33,3% sentiu-se sem energia. Os indivíduos da amostra classificaram o seu estado emocional no último mês como razoável com 35,3% (Tabela 18).

**Tabela 18 – Caracterização da amostra sobre o Estado Emocional**

**Estado Emocional**

	Não, quase nunca		Sim, Poucas vezes		Sim, Bastantes vezes		Sim. Quase sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Triste</b>	12	23,5	6	11,8	6	11,8	27	52,9
<b>Ansioso</b>	12	23,5	8	15,7	10	19,6	21	41,2
<b>Sem energia</b>	10	19,6	13	25,5	11	21,6	17	33,3

Estado emocional no último mês	Muito Bom/Bom		Razoável		Fraco		Mau/Muito Mau	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	9	17,6	18	35,3	17	33,3	7	13,7

Quando apuramos a relação existente entre as três perguntas do estado emocional e a classificação do mesmo no último mês, verificamos que existe uma correlação positiva e moderada (Tabela 19).

**Tabela 19 - Relação entre os três estados emocionais e o estado emocional no último mês**

<b>Coeficiente de Pearson</b>	<b><i>p-value</i></b>
Triste – Último Mês	0,672
Ansioso – Último Mês	0,638
Sem energia – Último Mês	0,723

Quanto à Orientação Temporo-Espacial o total de respostas certas foi de 82%, sendo que a orientação espacial apresenta 88% de respostas correctas e a orientação temporal 76%. Assim, a amostra encontra-se mais orientada no espaço do que no tempo, obtendo-se valores bastante elevados.

Para a caracterização do grau de dependência e do grau de ajuda (Tabela 20), cada tarefa e sub-tarefa foi analisada segundo a opinião dos intervenientes.

No grupo do auto-cuidado e mobilidade verificamos que no grau de dependência a avaliação feita pelos intervenientes encontra-se na categoria 4 (dependente de meios) com valores entre os 3,7 e os 4,4. O grau de ajuda apresenta valores entre os 0,6 e os 1,0, posicionando-se na categoria 1 (ajuda de conveniência).

É de notar que o grau de dependência na mobilidade apresenta valores inferiores aos de auto-cuidado sendo estes valores inversos no grau de ajuda, ou seja, a dependência é “maior” na mobilidade com “maior” ajuda também.

Nas sub-tarefas do auto-cuidado destacam-se as tarefas que apresentam maior dificuldade, sendo que quanto maior o grau de dependência maior o grau de ajuda.

Na higiene, a tarefa de cuidar das unhas dos pés é a que apresenta um resultado menor com valores entre os 3,0 e os 3,4, enquadrando-se na categoria de dependente de pessoas. O grau de ajuda nesta sub-tarefa apresenta valores próximos de 2, o que indica que a ajuda é necessária.

Na actividade do banho, a sub-tarefa que contem os valores mais baixos é sair da banheira, sendo que os mesmos variam entre os 3,1 e os 3,4 permanecendo na categoria 3 (dependente de pessoas), enquanto o grau de ajuda varia entre 1,3 e 1,5 (ajuda de conveniência para as ajudantes familiares e fisioterapeuta e ajuda necessária para os idosos).

Na tarefa de vestir, apesar de apresentar valores elevados, a sub-tarefa que se encontra com valores mais baixos é o vestir a roupa, com valores entre os 3,9 e os 4,6 para o grau de dependência e os 0,4 e os 0,9 para o grau de ajuda, sendo assim a amostra dependente de meios e com ajuda de conveniência referida por parte do idoso e do ajudante familiar e não necessária no caso do fisioterapeuta.

Na alimentação os valores estão muito próximos da independência com ajuda não necessária, sendo que a sub-tarefa que apresenta o valor mais baixo é o comer.

Nas sub-tarefas de mobilidade, a tarefa transferências apresenta valores entre os 4,4 e os 4,5 para o grau de dependência enquadrando-se na categoria de dependente de meios para o idoso e a ajudante familiar e independente para o fisioterapeuta. O grau de ajuda varia entre os 0,5 e os 0,6 verificando-se um grau de ajuda de conveniência. A sub-tarefa que se encontra com menor valor dentro da transferência é estar na posição de sentado e colocar-se de pé, sendo que, os valores do grau de dependência se situam entre 4,3 e os 4,4 colocando a amostra como dependente de meios. No grau de ajuda os valores variam entre 0,6 e os 0,8 indicando que a ajuda da amostra é por conveniência.

Quando avaliada a marcha, apresenta valores entre os 3,6 e os 4,0 classificando a amostra em dependente de meios e com ajuda de conveniência, sendo que os valores variam entre 1,0 e 1,2. A sub-tarefa, andar fora de casa apresenta para o idoso valores de 2,9 no grau de dependência e 1,0 para o grau de ajuda, sendo que, para a ajudante familiar os valores do grau de dependência encontram-se nos 3,3 e os de ajuda nos 1,3. Os valores do fisioterapeuta apresentam-se ligeiramente mais elevados, nos 3,7 e nos 1,4 para os graus de dependência e de ajuda respectivamente. Assim nesta sub-tarefa segundo a opinião do idoso e da ajudante familiar esta amostra é dependente de terceiros para efectuar esta tarefa e para o fisioterapeuta dependente de meios. Para os intervenientes a ajuda é de conveniência.

Na tarefa subir escadas os valores variam entre 3,0 e 3,3 para o grau de dependência e para o grau de ajuda entre os 1,2 e 1,4, colocando a amostra dependente de terceiros e com ajuda por conveniência. A sub-tarefa de subir escadas apresenta os mesmos valores e descrição que a tarefa global de utilização de escadas.

Quando analisada a amostra num todo, em termos de grau de dependência e grau de ajuda, os valores variam entre 3,9 e 4,2, caracterizando a amostra em dependente de meios e, valores que variam entre 0,8 e 0,9 indicando que a ajuda prestada é por conveniência.

**Tabela 20 - Caracterização do Grau de Dependência e do Grau de Ajuda nas tarefas de Auto-cuidado e Mobilidade, pelos três tipos de intervenientes**

	Grau de Dependência				Grau de Ajuda			
	Idoso	AF	Fisio	Média	Idoso	AF	Fisio	Média
<b>Auto-cuidado</b>	<b>4,1</b>	<b>4,0</b>	<b>4,4</b>	<b>4,2</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>
<b>Higiene</b>	4,0	3,7	4,2	4,0	1,0	1,1	0,7	0,9
Pele	3,7	3,5	4,5	3,9	1,2	1,2	0,5	1,0
Dentes	4,7	4,5	4,8	4,7	0,3	0,3	0,1	0,2
Cabelo/Barba	4,6	3,9	4,7	4,4	0,4	0,9	0,2	0,5
Unhas mãos	3,7	3,4	3,8	3,6	1,3	1,3	1,2	1,3
Unhas pés	3,2	3,0	3,4	3,2	1,8	1,8	1,6	1,7
<b>Banho</b>	3,2	3,3	3,8	3,4	1,4	1,2	1,1	1,2
Lavar o corpo	3,2	3,4	4,1	3,6	1,6	1,3	0,9	1,3
Secar o corpo	3,4	3,4	4,2	3,7	1,5	1,4	0,8	1,2
Entrar na banheira	3,1	3,2	3,4	3,2	1,5	1,2	1,4	1,4
Sair da banheira	3,1	3,1	3,4	3,2	1,5	1,3	1,4	1,4
Poliban	3,4	3,2	3,8	3,5	0,6	0,7	1,2	0,8
<b>Vestir</b>	4,4	4,1	4,6	4,4	0,5	0,7	0,4	0,5
Vestir	4,1	3,9	4,6	4,2	0,9	0,9	0,4	0,7
Despir	4,4	4,0	4,6	4,3	0,5	0,8	0,4	0,6
Calçar	4,3	3,9	4,5	4,2	0,6	0,8	0,5	0,6
Descalçar	4,5	4,3	4,6	4,5	0,4	0,5	0,4	0,4
Apertar/Desapertar botões, atacadores e fechos	4,6	4,4	4,8	4,6	0,3	0,5	0,2	0,3
<b>Alimentação</b>	4,9	4,8	4,9	4,9	0,1	0,2	0,1	0,1
Comer	4,8	4,8	4,9	4,8	0,1	0,2	0,1	0,1
Beber	4,9	4,8	4,9	4,9	0,1	0,2	0,1	0,1
<b>Mobilidade</b>	<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>
<b>Transferências</b>	4,4	4,4	4,5	4,4	0,6	0,5	0,5	0,5
Deitado-Sentado	4,4	4,5	4,6	4,5	0,6	0,4	0,4	0,5
Sentado-Sentado	4,5	4,5	4,6	4,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Sentado-Pé	4,3	4,4	4,4	4,4	0,7	0,6	0,8	0,7
<b>Marcha</b>	3,6	3,7	4,0	3,8	1,0	1,1	1,2	1,1
Dentro de casa	4,3	4,0	4,3	4,2	0,9	0,9	0,9	0,9
Fora de casa	2,9	3,3	3,7	3,3	1,0	1,3	1,4	1,2
<b>Escadas</b>	3,0	3,1	3,3	3,1	1,4	1,2	1,4	1,3
Subir	3,0	3,1	3,3	3,1	1,4	1,2	1,4	1,3
Descer	3,0	3,2	3,3	3,2	1,4	1,2	1,4	1,3
<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>	<b>4,2</b>	<b>4,0</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>

Quando verificamos limitações nas diversas tarefas que os idosos executam no seu dia-a-dia, é necessário perceber se as tarefas de auto-cuidado dependem das tarefas de mobilidade e vice-versa. A correlação verificada entre as duas é positiva e moderada (Tabela 21).

**Tabela 21 - Correlação entre as tarefas de auto-cuidado e de mobilidade**

	Coeficiente da correlação de Spearman
Auto-cuidado e Mobilidade	0,517

Para avaliarmos se existem diferenças nas percepções dos intervenientes sobre o grau de dependência e grau de ajuda dos idosos formulámos a seguinte hipótese:

**H0:** Não existem diferenças entre as opiniões dos intervenientes quanto ao grau de dependência nas tarefas

**H1:** Existem diferenças entre as opiniões dos intervenientes quanto ao grau de dependência nas tarefas

Ao serem comparadas as respostas atribuídas por cada um dos intervenientes sobre o grau de dependência do idoso nas diversas actividades, foi possível verificar que nas tarefas de higiene, banho, transferências e escadas existe uma rejeição da hipótese nula, ou seja, nestas actividades existem diferenças significativas nas opiniões dos intervenientes, com *p-value* *abaixo dos 5%* (Tabela 22).

**Tabela 22 - Valores estatísticos para a comparação das percepções dos três tipos de intervenientes, sobre o Grau de Dependência, nas tarefas de Auto-cuidado e Mobilidade**

Tarefas	<i>p-value</i>
Higiene	<b>0,000</b>
Banho	<b>0,000</b>
Vestir	0,058
Alimentação	0,174
Transferências	<b>0,003</b>
Marcha	0,555
Escadas	<b>0,050</b>

Para estas tarefas analisámos seguidamente, por pares, a que se devem as diferenças encontradas.

A nível da **Higiene**, as opiniões encontradas foram significativamente diferentes entre o idoso e o ajudante familiar e entre o idoso e o fisioterapeuta, com um *p-value* de 0,006 e 0,000 respectivamente (Tabela 23).

**Tabela 23 - Diferenças de opinião na Higiene, entre os três tipos de intervenientes analisados emparelhadamente**

<b>Higiene</b>	<b><i>p-value</i></b>
Idoso - Ajudante Familiar	<b>0,006</b>
Idoso - Fisioterapeuta	0,060
Ajudante Familiar - Fisioterapeuta	<b>0,000</b>

No **Banho** a diferença significativa de opiniões entre o idoso e o fisioterapeuta e entre o ajudante familiar e o fisioterapeuta, apresenta os valores de *p-value* de 0,001 e 0,009 respectivamente (Tabela 24).

**Tabela 24 - Diferenças de opinião no Banho, entre os três tipos de intervenientes analisados emparelhadamente**

<b>Banho</b>	<b><i>p-value</i></b>
Idoso - Ajudante Familiar	1,000
Idoso - Fisioterapeuta	<b>0,001</b>
Ajudante Familiar - Fisioterapeuta	<b>0,009</b>

Na tarefa **Vestir** o valor do *p-value* (0,058) é muito aproximado para rejeitar  $H_0$ , mas não é significativo, pelo que as opiniões são algo coincidentes.

Quanto às **Transferências**, verificamos que a única opinião significativamente discordante é entre ajudante familiar e fisioterapeuta com o *p-value* de 0,019 (tabela 25).

**Tabela 25 - Diferenças de opinião nas Transferências entre os três tipos de intervenientes analisados emparelhadamente**

<b>Transferências</b>	<b><i>p-value</i></b>
Idoso - Ajudante Familiar	0,594
Idoso - Fisioterapeuta	0,453
Ajudante Familiar - Fisioterapeuta	<b>0,019</b>

Apesar de estatisticamente a tarefa que envolve o uso das **Escadas** ter sido apontada como tendo opiniões significativamente diferentes, não se encontram pares com diferença significativa (Tabela 26).

**Tabela 26 - Diferenças de opinião no uso de Escadas, entre os três tipos de intervenientes analisados emparelhadamente**

<b>Escadas</b>	<b><i>p-value</i></b>
Idoso - Ajudante Familiar	0,704
Idoso - Fisioterapeuta	0,161
Ajudante Familiar - Fisioterapeuta	1,000

Para compreender se o grau de dependência (Tabela 27) avaliado entre o idoso, o ajudante familiar e o fisioterapeuta se encontravam relacionados e coincidiam, foi elaborada a hipótese.

**H0:** Não existem diferenças entre as opiniões dos intervenientes quanto ao grau de dependência

**H1:** Existem diferenças entre as opiniões dos intervenientes quanto ao grau de dependência

**Tabela 27 - Diferença de opiniões dos intervenientes quanto ao Grau de Dependência**

		<b><i>p-value</i></b>
<b>Entre Grupos</b>		<b>0,032</b>
Idoso	Ajudante Familiar	0,955
	Fisioterapeuta	0,107
Ajudante Familiar	Idoso	0,955
	Fisioterapeuta	0,055
Fisioterapeuta	Idoso	0,107
	Ajudante Familiar	0,055

Depois de calculada a ANOVA foi observado que entre os grupos o valor do *p-value* é de 0,032, tendo em conta que para um valor de significância de 5%, pode verificar-se que a opinião entre os intervenientes não é igual em relação ao grau de dependência atribuído ao idoso que é cuidado. Quando verificamos a relação dentro de cada grupo, os valores apresentam-se todos acima do valor de significância (5%) o que torna as opiniões quase iguais entre os intervenientes, há excepção da opinião entre o ajudante familiar e o fisioterapeuta e entre o fisioterapeuta e o ajudante familiar.

Para avaliarmos se existem diferenças nas percepções dos intervenientes sobre o grau de ajuda dos idosos formulámos a seguinte hipótese:

**H0:** Não existem diferenças entre as opiniões dos intervenientes quanto ao grau de ajuda nas tarefas

**H1:** Existem diferenças entre as opiniões dos intervenientes quanto ao grau de ajuda nas tarefas

Ao serem comparadas as respostas atribuídas por cada um dos intervenientes sobre o grau de ajuda do idoso nas diversas actividades, foi possível verificar que nas tarefas de higiene, banho e vestir existe uma rejeição da hipótese nula, ou seja, nestas actividades existem diferenças significativas nas opiniões dos intervenientes, com *p-value* abaixo dos 5% (Tabela 28).

**Tabela 28 - Valores estatísticos para a comparação das percepções dos três tipos de intervenientes, sobre o Grau de Ajuda nas tarefas de Auto-cuidado e Mobilidade**

Tarefas	<i>p-value</i>
Higiene	<b>0,000</b>
Banho	<b>0,019</b>
Vestir	<b>0,000</b>
Alimentação	0,368
Transferências	0,064
Marcha	0,368
Escadas	0,424

Para estas tarefas analisámos seguidamente, por pares, a que se devem as diferenças encontradas.

A nível da **Higiene**, as opiniões encontradas foram significativamente diferentes entre o idoso e o fisioterapeuta e entre o ajudante familiar e o fisioterapeuta, com um *p-value* de 0,001 e 0,000 respectivamente (Tabela 29).

**Tabela 29 - Diferenças de opinião na Higiene, entre os tipos de intervenientes analisados emparelhadamente**

Higiene	<i>p-value</i>
Idoso - Ajudante Familiar	1,000
Idoso - Fisioterapeuta	<b>0,001</b>
Ajudante Familiar - Fisioterapeuta	<b>0,000</b>



Apesar de estatisticamente a tarefa que envolve o **Banho** ter sido apontada como tendo opiniões significativamente diferentes, não se encontram pares com diferença significativa (Tabela 30).

**Tabela 30 - Diferenças de opinião no Banho, entre os tipos de intervenientes analisados emparelhadamente**

<b>Banho</b>	<b>p-value</b>
Idoso - Ajudante Familiar	0,180
Idoso - Fisioterapeuta	0,068
Ajudante Familiar - Fisioterapeuta	1,000

No **Vestir** verificamos que a única opinião significativamente discordante é entre ajudante familiar e fisioterapeuta com o p-value de 0,019 (tabela 31).

**Tabela 31 - Diferenças de opinião no uso de Escadas, entre os tipos de intervenientes analisados emparelhadamente**

<b>Escadas</b>	<b>p-value</b>
Idoso - Ajudante Familiar	0,453
Idoso - Fisioterapeuta	0,249
Ajudante Familiar - Fisioterapeuta	<b>0,005</b>

A mesma avaliação foi realizada para o **grau de ajuda** (Tabela 32), para verificação da relação entre o grau de ajuda atribuído pelos intervenientes, também neste caso foram elaboradas hipóteses:

**H0:** Não existem diferenças entre as opiniões dos intervenientes quanto ao grau de ajuda

**H1:** Existem diferenças entre as opiniões dos intervenientes quanto ao grau de ajuda

**Tabela 32 - Diferença de opiniões dos três intervenientes quanto ao Grau de Ajuda**

		<b>p-value</b>
<b>Entre Grupos</b>		<b>0,605</b>
Idoso	Ajudante Familiar	0,983
	Fisioterapeuta	0,639
Ajudante Familiar	Idoso	0,983
	Fisioterapeuta	0,748
Fisioterapeuta	Idoso	0,639
	Ajudante Familiar	0,748

O valor de *p-value* para as opiniões dos intervenientes é de 0,605, sendo que, o valor de significância é de 5%, podemos verificar por esta relação que o grau de ajuda atribuído é bastante coincidente e as opiniões não são divergentes. Dentro dos grupos o valor proporciona ser bastante alto comprovando que as opiniões são coincidentes.

A análise entre os **graus de dependência e de ajuda** presentes no idosos, indica-nos uma correlação negativa e moderada, o que significa que quanto maior a independência menor é a ajuda. Para o ajudante familiar, assim como para o fisioterapeuta, esta correlação é também negativa mas é forte apresentando o mesmo significado acima (tabela 33).

**Tabela 33 - Correlação entre o Grau de Dependência e o Grau de Ajuda**

Coeficiente da correlação de Pearson	
Idoso	-0,595
Ajudante Familiar	-0,731
Fisioterapeuta	-0,790

## 4.2. Análise de conteúdo dos comentários dos idosos e das ajudantes familiares

Da análise de conteúdo realizada sobre comentários dos idosos e dos ajudantes familiares no final da sessão com o investigador, podemos observar algumas temáticas mais frequentes. Estas envolveram: alterações no domicílio, ajudas técnicas, problemas de saúde e outros assuntos dispersos.

Nos domicílios existem duas divisões em que são verificadas alterações, a casa de banho e o quarto.

Na casa de banho as alterações mais referidas estão relacionadas com:

- Agarrar
  - Barras e pegas situadas na banheira e poliban;
- Sentar
  - Colocação de bancos, cadeiras, cadeiras giratórias, tábuas;
- Utilização de acessórios para banho
  - Esponja com cabo para chegar aos locais de menor acesso, como costas e pés
- Colocação de altura na sanita

No quarto as adaptações estão relacionadas com:

- Cama,
  - Camas articuladas com colchão anti-escaras
- Eliminação
  - Bacios ou cadeiras do tipo sanita.

Noutras divisões do domicílio foram verificadas situações de colocação de corrimões em todas as divisões da casa.

As ajudas técnicas mais utilizadas no dia-a-dia pelos idosos dividem-se maioritariamente entre a higiene e a marcha:

- Marcha
  - Andarilho, bengala, canadianas, cadeira de rodas, tripé, elevador para subir e descer escadas.

- Eliminação
  - Fralda, penso diário, algália, resguardo para a cama.
- Vestir
  - Calçadeira para sapatos
- Outras ajudas técnicas
  - Almofadas ortopédicas, teleassistência, o protocolo com as lojas locais para entrega de compras em casa, caixas de comprimidos com diversos stocks e secções.

Quando analisamos as problemas de saúde referidas pelos idosos, estas afectam diversos órgãos e sistemas principalmente o osteo-articular, o muscular, o cardíaco e o neurológico. Entre os problemas de saúde mais referidos encontramos:

**Tabela 34 - Problemas de saúde: ICPC-2**

A	Geral	Cancro Queda
B	Sangue	Linfoma
D	Digestivo	----
F	Visão	Cataratas Cegueira
H	Audição	Problemas auditivos
K	Cardio-circulatório	Acidente Vascular Cerebral Aterosclerose Doença cardíaca Hipertensão Arterial Úlceras Varicosas
L	Locomotor	Artrite reumatóide Artrose Diminuição da amplitude articular Diminuição da força muscular Diminuição da mobilidade dos membros superiores e inferiores Hérnia discal Osteoporose Prótese total da anca Prótese total do joelho
N	Neurológico	Diminuição da sensibilidade nas mãos Doença de Parkinson Tonturas Tremor nas extremidades
P	Psicológico	Depressão
R	Respiratório	Apneia do sono DPOC Problemas respiratórios
S	Pele	----
T	Endocrino metabólico	Diabetes
U	Urológico	Doença renal Incontinência Urinária
XY	Genital	----

Fonte: (Wonca, 1999)

Aquando da inquirição foram também recolhidos comentários de todos os idosos e das ajudantes familiares que os quiseram fazer.

Nos idosos:

- A frase mais vezes repetida foi o medo de cair ou que a família tenha medo que caiam. Devido a este último factor existem idosos da amostra que não se deslocam à rua ou que se encontram impedidos de sair sozinhos, por opção familiar. Os acessos muitas vezes também dificultam a deslocação à rua, pois, ou existem escadas íngremes no prédio ou não existe espaço para um acompanhante se encontrar lado a lado nas escadas. A existência de um elevador faz a diferença em casos de mobilidade diminuída.
- Outros comentários foram em relação ao cuidado das mãos e dos pés, sendo que, alguns idosos da amostra deslocam-se à Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) ou ao cabeleireiro local para a realização desta tarefa.
- Em relação à lentidão nos movimentos, como por exemplo, pedir ajuda para vestir, calças meias e sapatos quando se encontram com pressa ou quando verificam que a pessoa que ajuda se encontra com pressa. Este tipo de ajuda também é pedido se a meio da tarefa o cansaço sentido já for maior. Se esta tarefa for realizada sozinha pode levar até uma hora para ser executada.
- Em termos da tarefa do banho, existem idosos que relatam que não tomam banho na banheira, devido a feridas, mas sobretudo por medo de cair. Confiam nas ajudantes mas acham que a casa de banho não apresenta condições suficientes de segurança para poderem efectuar esta tarefa.
- Também foi relatado cansaço fácil, diminuição da mobilidade que limita a realização das actividades da vida diária, dores consequentes de quedas e patologias associadas a esta faixa etária, insegurança na marcha devido ao medo de cair e em algumas situações, solidão.
- Na maioria dos comentários os idosos referem que as ajudantes familiares dão segurança.

Nas ajudantes familiares:

- Alguns ajudantes referem o facto de ter medo que os idosos que cuidam caiam a realizar as actividades diárias, e por isso, muitas vezes aumentam ou executam a ajuda por razões de segurança.
- Existem ajudantes que reconhecem que algumas tarefas são realizadas por terceiras pessoas, que podem ser internas ou externas ao ambiente familiar do idoso. A presença de uma empregada que ajuda em todas as tarefas sobrepondo-se às tarefas



para que a ajudante foi contratada. Pontualmente foi relatado à ajudante familiar, pelo idoso, que sente mais confiança para tomar banho na banheira com a empregada do que com a ajudante (tomando banho na banheira só aos fins de semana).

- A presença de um ou mais familiares que dão apoio, pode ser também sobreposto às tarefas realizadas pela ajudante familiar.
- Os ajudantes familiares referem que alguns idosos conseguem realizar as actividades diárias com supervisão, ou, que a ajuda que prestam tem a intenção de fazer companhia.



## 5. Discussão

Das 7 instituições contactadas apenas 5 deram resposta favorável ao pedido de recolha de dados. Após todo o processo para a recolha dos dados tornou-se necessária a exclusão de uma instituição, pois os utentes indicados para responder ao questionário não se enquadravam nos critérios de inclusão. Assim de uma população inicial de 66 utentes utilizadores de SAD foram excluídos 12 utentes devido a acontecimentos diversos, como a não correspondência aos critérios de inclusão, 1 utente faleceu, e outros 2 utentes que haviam aceitado participar no estudo recusaram antes do início da inquirição.

No presente estudo foi possível atingir o seu objectivo geral quanto à percepção da capacidade funcional de utentes idosos de SAD do conselho da Amadora, na realização do auto-cuidado e mobilidade, com base na comparação entre o grau de dependência e o grau de ajuda avaliados pelo próprio, pelo ajudante familiar e pelo fisioterapeuta.

Após análise geral dos resultados obtidos, pôde caracterizar-se a amostra quanto a auto-cuidado e mobilidade, como tendo um grau de dependência maioritariamente dependente de meios, e um grau de ajuda maioritariamente de conveniência.

Na análise detalhada dos resultados obtidos, constatamos que as características sociodemográficas da amostra são sobreponíveis às das amostras estudadas em dois estudos nacionais recentes, que cursaram em amostras grandes, com idades a partir dos 55 anos, o estudo EPEPP - Estudo do Perfil de Envelhecimento da População Portuguesa, desenvolvido por uma equipa composta por médicos da Universidade de Coimbra e da Universidade Nova de Lisboa (Oliveira *et al.*, 2010) e o estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal, da iniciativa da Fundação Aga Khan (CEDRU, 2008).

Assim, no que diz respeito ao sexo e idade, verificamos que a maioria da amostra pertencia ao sexo feminino, o que está de acordo com a sua longevidade mais elevada em relação ao sexo masculino, e que a média da sua idade era de 82 anos. Também outros estudos nacionais, como *Recenseamento idosos isolados e/ou em situação de dependência* no concelho da Amadora (Moreno & Pires, 2013) e *Cuidados familiares ao idoso dependente* (Figueiredo, 2007) referem que o sexo feminino predomina na população idosa e que a percentagem mais elevada de idosos recenseados se encontra entre os 81 e os 90 anos, sendo que os que usufruem do SAD no concelho da Amadora se encontram entre os 80 e os 85 anos.

Quanto ao estado civil, mais de metade da amostra encontrava-se viúva, o que corresponde a uma condição prevalente nas mulheres idosas, como as que constituíam a amostra.

Quanto ao nível de escolaridade a maioria dos idosos avaliados frequentou apenas o ensino primário, dos quais cerca de 40% o completou. Dados que se encontram em concordância parcial com os do estudo EPEPP (Oliveira *et al.*, 2010) em que havia maior percentagem de



indivíduos com 4 a 6 anos de escolaridade. Este achado poderá dever-se ao facto daquela amostra ser constituída por indivíduos a partir dos 55 anos e as gerações mais novas terem mais estudos do que as que as precederam. No estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal (CEDRU, 2008), o ensino primário completo estava presente em mais de metade da amostra.

A avaliação do estado mental incidiu sobre o estado emocional e a orientação têmporo-espacial dos idosos, em que as questões formam as formuladas no estudo EPEPP.

Nos resultados sobre o estado emocional, em que inquirimos os idosos sobre sentirem-se tristes, ansiosos e sem energia, verificamos que a percentagem com maior valor se encontra na resposta “Sim, quase sempre”. Ao compararmos com o estudo EPEPP verificamos que a maioria das respostas se encontra entre o “Não e o Pouco tempo”. Esta diferença pode existir porque a amostra do estudo EPEPP era dirigida a pessoas da comunidade com capacidade ambulatoria e auto-suficiência mais preservada. No entanto, na classificação do estado emocional no último mês, os dois estudos apresentavam percentagem elevadas na resposta “Razoável”, o que nos parece poder dever-se a que a noção de razoável possa ser negativa para umas pessoas e positiva para outras.

Na orientação têmporo-espacial foram obtidos resultados bastante semelhantes aos do estudo EPEPP, com percentagens elevadas de respostas certas. De notar que o número de respostas certas na orientação espacial é maior do que na orientação temporal, o que significa que em ambas as amostras a orientação espacial se mantém conservada por mais tempo e está de acordo com o que se conhece sobre envelhecimento cerebral (ref).

Quando analisamos os resultados obtidos no grau de dependência, e não tendo sido identificados estudos nacionais sobre de dependência a nível do apoio domiciliário, fazemos a comparação com abordagens mais abrangentes.

Na Carta Social (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social/MTSS & Nogueira, 2009), foram avaliadas, em 2007, dezassete respostas sociais para pessoas de todas as faixas etárias e podendo apresentar deficiência, dependência e doença do foro mental ou psiquiátrico, em que, de acordo com os níveis de dependência nela considerados, 65% se encontrava em autonomia ou dependência parcial. Quando limitamos a análise das dependências às respostas para pessoas idosas, incluindo lar, residência, centro de dia e serviço de apoio domiciliário, a situação é diferente, sendo os utentes maioritariamente “Dependentes” ou “Grandes dependentes”. No presente estudo, os resultados obtidos posicionam a amostra como dependente de meios, que pode ser correspondente naquela abordagem à designação de “Dependência parcial”. Esta diferença pode dever-se a que os idosos em apoio domiciliário são apenas uma parte dos da Carta Social, provavelmente não sendo a que terá maiores limitações, e à opção de classificar as capacidades dos idosos

quanto às atividades de auto-cuidado e mobilidade tendo em conta o uso de meios de apoio que permitam a dispensa da ajuda de cuidadores.

Nas tarefas de auto-cuidado avaliadas, higiene, banho, vestir, alimentação, o banho apresenta-se com o maior grau de dependência, principalmente à custa da entrada e saída da banheira, o que é explicado pela elevada prevalência em perturbações locomotoras da amostra, com acontece aos idosos em geral. Este assunto parece-nos da maior relevância, uma vez que a maioria dos banhos são de chuveiro e seria adequado que fossem tomados em casas de banho adaptadas para esse efeito. Esta medida, a ser posta em prática, reduziria consideravelmente o grau de ajuda necessária por parte dos cuidadores.

As restantes tarefas de auto-cuidado avaliadas apresentaram graus de dependência menos elevados e a requererem também graus de ajuda inferiores aos do banho.

Quanto às tarefas de mobilidade, transferências, marcha e uso de escadas, é o uso de escadas que apresenta o maior compromisso, em que subir parece ser ligeiramente mais difícil do que descer. Quanto à marcha, o seu maior compromisso é próximo do penúltimo valor da escala, o que corresponde a uma maior tendência para dependência de meios e não de pessoas. Consideramos que o desempenho destas duas tarefas pode estar afectado devido ao medo de cair. Em relação às transferências a amostra apresentava um grau de dependência tendencialmente dependente de meios.

Quando comparada a dependência encontrada no presente estudo e a do trabalho de Sequeira em idosos cuidados no domicílio com dependência física e/ou mental (Sequeira, 2010), verificamos sobreposição parcial, havendo maior dependência em higiene corporal, que para este autor incluía o banho nesse conceito, mas também em vestir e uso de escadas, e ainda a utilização da casa de banho para eliminação, a qual não avaliámos. As diferenças encontradas podem dever-se às características de saúde da amostra daquele estudo, sendo que na nossa amostra o compromisso do estado mental constituía critério de exclusão.

Para o grau de ajuda não encontrámos uma abordagem semelhante na literatura, mas apenas a indicação da sua presença/necessidade ou não. Tendo em conta os objectivos do presente estudo, parece-nos pertinente que além da análise sobre a ajuda fornecida e as incapacidades que o idoso apresenta, sejam consideradas as capacidades que os idosos apresentem, o que se pode conceptualizar no grau de ajuda necessário e sua adequação.

Os três níveis analisados, ajuda fornecida mas não necessária e cotada como 0, ajuda fornecida sendo de conveniência e cotada como 1, e ajuda fornecida realmente necessária e cotada como 2, manifestaram-se como vantajosos na sua aplicação em indivíduos nas suas situações de vida.

Em auto-cuidado, duas tarefas estiverem mais próximas de um grau de ajuda perto do valor 1, nomeadamente banho e higiene, o que revela que alguma dessa ajuda seria de conveniência e como tal dispensável. Em relação ao vestir o grau de ajuda posicionou-se mais perto de uma ajuda não necessária.

Em mobilidade, sucedeu um fenómeno semelhante, com ajuda mais próxima de ser classificada como de conveniência em marcha e uso de escadas e como ajuda não necessária em transferências.

Acreditamos que estes factos se podem dever a questões de segurança reforçada e alguma rentabilização do tempo de cuidado. Assim, dependendo da tarefa, é relatado neste estudo como a ajuda prestada pelas ajudantes familiares ser maioritariamente de conveniência.

No trabalho de Figueiredo relatado no livro “*Cuidados familiares ao idoso dependente*” (2007) é referido que a ajuda nem sempre é benéfica. Quando o cuidador interfere nas tarefas realizando-as pelos idosos, pensando que se encontra a ajudá-los, pode na realidade estar a prejudicar a sua independência, não promovendo a sua autonomia. Esta ajuda prestada torna-se então de conveniência, na medida em que os idosos conseguem realizar tarefas em que são ajudados havendo substituição dessas suas capacidades.

A análise da ordenação das tarefas de auto-cuidado e de mobilidade quanto ao grau de dependência, das mais comprometidas para as menos comprometidas, e a análise da ordenação do grau de ajuda, quanto à sua adequação em relação a essas mesmas tarefas, revelou ser totalmente sobreponível. Em auto-cuidado esta ordenação foi banho, higiene, vestir, e por último, alimentação, e em mobilidade foi escadas, marcha, e por fim, transferências.

A análise do grau de correlação entre auto-cuidado e mobilidade revelou a existência dessa correlação, o que significa que existe declínio em mobilidade quando é verificado declínio em auto-cuidado ou vice-versa. Fica, assim, confirmada a influência destes dois conjuntos de tarefas para o contributo da construção do grau de dependência no presente trabalho. (Botelho, 2007)

A verificação de se existia diferença entre a opinião do idoso, do ajudante familiar e do fisioterapeuta quanto ao grau de dependência, na sua globalidade, revelou existir essa diferença. Esta diferença deveu-se à divergência em algumas das tarefas, entre os dois grupos de profissionais, em que o Fisioterapeuta deu melhor opinião sobre banho e transferências e o ajudante familiar deu pior opinião na higiene. Parece-nos provável que o Fisioterapeuta formule as suas opiniões com base em dados mais padronizados,

nomeadamente em tarefas nas quais foi mais frequentemente treinado para intervir. Quanto à higiene, a sua pior cotação pelos ajudantes familiares pode dever-se a ser uma tarefa complementar à qual estará, provavelmente, associada a transmissão de afecto e protecção.

A verificação de se existia diferença entre a opinião do idoso, do ajudante familiar e do fisioterapeuta quanto ao grau de ajuda, na sua globalidade, revelou não existir essa diferença, devido às opiniões serem bastante próximas.

Em relação ao grau de ajuda nas tarefas, quando avaliado se existe diferença entre a opinião do idoso, do ajudante familiar e do fisioterapeuta, esta foi verificada em higiene, banho e vestir. Essa diferença deveu-se a divergência de opinião do Fisioterapeuta, atribuindo menor necessidade de ajuda que os outros intervenientes para a higiene e vestir. Parece-nos provável que o Fisioterapeuta formule as suas opiniões com base em dados mais padronizados, nomeadamente em nível de ajuda para a realização das tarefas, devido à sua experiência em intervenção. Apesar do banho apresentar diferença significativa entre as opiniões dos intervenientes, sendo estas decompostas em sub-tarefas que apresentaram uma opiniões flutuantes, não é possível verificar entre quais dos intervenientes existe opinião contraditória.

Na análise da relação entre o grau de dependência e o grau de ajuda, de acordo com a opinião dos intervenientes, verificou-se que quanto maior o grau de dependência maior era a ajuda necessária e prestada. Esta noção faz parte do senso comum, não tendo sido encontrado trabalhos de investigação que analisassem a ajuda para além da sua presença/ausência.

Quando analisamos o conteúdo das respostas nos locais do domicílio que apresentam mais alterações, estes são a casa de banho e o quarto. Foram verificadas alterações estruturais, como a substituição de banheira por poliban, sendo esta a mais frequente, e alterações mais pequenas, como a colocação de barras de apoio, de modo a fornecer maior segurança. Este tipo de alterações poderá, de facto, facilitar a movimentação dentro de casa e evitar o risco de queda, noção também transmitida por Sequeira (2010) no estudo “*Cuidar de idosos com dependência física e mental*”.

No presente estudo também foram referidas ajudas técnicas, principalmente algumas que auxiliam na marcha e na eliminação, que possibilitam a manutenção de actividades realizadas no dia-a-dia, maior segurança e conforto na higiene. Das restantes ajudas é interessante verificar o apoio da comunidade local, nomeadamente para compras, e a teleassistência, como recurso central de ajuda e segurança em casa.

Dos problemas de saúde apontados pela amostra, foram predominantemente identificados os do foro locomotor, cardio-circulatório, neurológico e respiratório, problemas que são comuns em pessoas idosas (Botelho, 2007). No que diz respeito à população de origem da amostra estudada estes problemas foram relatados no recenseamento dos idosos do concelho da amadora (Moreno & Pires, 2013), em que 85% referiram problemas de saúde. As doenças crónicas são as mais presentes, sendo que 31% apresentam doenças neurológicas, 23% doenças cardíacas, 11% hipertensão arterial, 10% diabetes, 8% problemas no aparelho locomotor, 6% neoplasias e 5% doenças respiratórias.

Em relação aos comentários livres efectuados pelos idosos, o medo de cair encontra-se presente em quase todos os discursos, o que resulta no impedimento por parte da família ou do próprio em realizar a deslocação à rua. Os idosos recenseados no concelho da Amadora (Moreno & Pires, 2013) apresentam mobilidade reduzida associada à progressiva dependência física, este facto leva a que os comportamentos adoptados acentuem mais esta dependência.

A solidão é outra das situações bastante referida pelos idosos. Este, aliás, é um dos aspectos referidos em diversos estudos (Figueiredo, 2007; R. Martins et al., 2010; Moreno & Pires, 2013; Oliveira et al., 2010) sendo que, mais de metade dos inquiridos se sente só.

Nos comentários livres feitos pelas ajudantes familiares, o que foi mais mencionado é o medo da queda ou que aconteça algum problema de falta de segurança com isso relacionado. Este será um dos principais motivos para a prestação de ajuda de conveniência seja efectuada, para que “*nada aconteça*”. Existem estudos (Craven et al., 2012; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010) que demonstram existir esta preocupação, a qual pode interferir na independência e autonomia dos idosos. Um exemplo disso encontra-se no trabalho “*Cuidados familiares ao idoso dependente*”, em que é referido que quando o cuidador tem uma imagem pré estabelecida sobre a pessoa de quem cuida e das suas capacidades, ou falta delas, para a realização das tarefas, acaba por prestar mais ajuda do que a necessária, privando, assim, aquela pessoa de executar as tarefas ao seu ritmo e aumentando-lhe a dependência. De acordo com a experiência do presente estudo, pensamos que a estruturação da actividade de SAD com base num grau de dependência e grau de ajuda definidos poderá evitar situações desta natureza.



## 6. Limitações do estudo

Identificamos de seguida algumas limitações na metodologia de recolha de dados.

Consideramos que, teria sido importante que cada ajudante familiar desse a sua opinião sobre um só utente para ser possível existirem pares avaliados.

Seria igualmente interessante ter mais que um fisioterapeuta a avaliar as condições, o domicílio e o utente para a percepção ser mais objectiva e distanciada.

Foi difícil realizar a recolha de dados, pois, a entrada no domicílio por uma pessoa que não é conhecida, nem faz parte da instituição, ainda provoca alguma resistência, tanto ao nível das instituições como dos utentes, o que sendo compreensível não deixou de ser uma barreira. Por estes motivos, e pela natureza de um trabalho para provas de mestrado ser de duração algo limitada, a amostra foi constituída por 51 utentes.

Em relação ao questionário utilizado, existem diversas escalas padronizadas para a inquirição da funcionalidade e das actividades da vida diária. A opção por um questionário, baseado em dois instrumentos que têm essas características, poderá ter constituído um estudo piloto, a requerer a necessária validação.

O desafio de analisar a percepção de três tipos de intervenientes, idoso, ajudante familiar e fisioterapeuta, sobre o grau de dependência e o grau de ajuda, constituiu uma dificuldade na comparação dos resultados, devido à escassez de bibliografia com essa especificidade.



## 7. Conclusão



O aumento do envelhecimento da população no mundo, associado a factores diversos contribui para que cada vez mais o envelhecimento da população seja uma preocupação premente a ser estudada. Sendo que este se encontra relacionado com a diminuição da capacidade funcional, levando à dependência, e que cada vez mais as pessoas idosas pretendem receber apoio em sua casa, foi nosso objectivo compreender o grau de dependência e subsequente grau de ajuda no serviço de apoio domiciliário, considerando ser mais completo fazê-lo através da tripla percepção do utente, do ajudante familiar e do fisioterapeuta.

A amostra é constituída maioritariamente por mulheres, com a média de idades de cerca de 82 anos, viúvas e com escolaridade primária incompleta ou completa, encontra-se orientada no tempo e no espaço, como maior prevalência na orientação espacial e considera o seu estado emocional razoável embora apresente relatos de tristeza, ansiedade e falta de energia frequentes.

Com base nos dados recolhidos concluímos que:

- Verifica-se na amostra grau de dependência de meios e grau de ajuda que é de conveniência;
- Que as tarefas de auto-cuidado e mobilidade estão relacionadas umas com as outras;
- Existem diferenças entre as opiniões dadas pelos três tipos intervenientes, em relação ao grau de dependência e em auto-cuidado e mobilidade;
- As opiniões sobre o grau de ajuda são sobreponíveis entre os três tipos de intervenientes, verificando-se diferenças em tarefas de auto-cuidado;
- É possível verificar também uma correlação entre o grau de dependência e o grau de ajuda, averiguando-se que quanto maior o grau de dependência maior o grau de ajuda, ou seja, que a ajuda prestada era realmente necessária. A ajuda nas situações de menor dependência não era necessária, sendo designada de ajuda de conveniência;
- A ajuda de conveniência ocorre quanto menor o grau de dependência sendo verificada nas tarefas de alimentação, vestir e higiene, em auto-cuidado, e transferências em mobilidade.

Sendo este um estudo que aborda uma faceta nova em conceitos já muito trabalhados, nomeadamente em Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), é de salientar o seu carácter inovador. Seria interessante aprofundar e dar continuidade ao estudo desta problemática e perceber-se que recursos poderão utilizados no futuro para a promoção da independência das pessoas idosas, tendo em conta a sua opinião e as dos profissionais envolvidos no seu cuidado.



## 8. Referências Bibliográficas

- Åberg, A. C. (2008). Care recipients' perceptions of activity-related life space and life satisfaction during and after geriatric rehabilitation. *Quality of Life Research*, 17(4), 509–520.  
doi:10.1007/s11136-008-9337-2
- Botelho, M. . (2007). Idade avançada - características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23(2).
- Botelho, M. A., & Rendas, A. B. (1997). Avaliação multidimensional de idosos: estudo piloto no ambulatório. *Arquivos de Medicina*, 11(3), 167–172.
- Camara, F. M., Gerez, A. G., Jesus Miranda, M. L. de, & Velardi, M. (2008). Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências Elderly functional capacity: types of assessment and trends. *CEP*, 13035, 610.
- Câmara Municipal Amadora. (2011). *Plano Gerontológico - 2012/2014*. Amadora.
- Câmara Municipal Amadora. (2014). *Conhecer a Amadora - Câmara Municipal da Amadora*. Obtido 16 de Maio de 2014, de <http://www.cm-amadora.pt/conhecer-a-amadora>
- CEDRU. (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal*. Lisboa: Fundação Aga Khan Portugal.
- Coelho, E., Magalhães, M. da G., Peixoto, J., & Bravo, J. (2008). Projecções de população residente em Portugal, 2008-2060. INE.
- Cook, R. J., Berg, K., Lee, K. A., Poss, J. W., Hirdes, J. P., & Stolee, P. (2013). Rehabilitation in Home Care Is Associated With Functional Improvement and Preferred Discharge. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1038–1047. doi:10.1016/j.apmr.2012.12.024
- Craven, C., Byrne, K., Sims-Gould, J., & Martin-Matthews, A. (2012). Types and patterns of safety concerns in home care: staff perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), 525–531.
- Cunha, M. C. S. D. (2007). Perfis do serviço de apoio domiciliário em Portugal: organização de recursos e serviços. Obtido de <https://ria.ua.pt/handle/10773/3268>
- Diário da República - I Série. Portaria n.º 38/2013 de 30 de Janeiro, Pub. L. No. 21 (2013).

- Diário da República - I Série A. Decreto-Lei nº265/99 de 14 de Julho, Pub. L. No. 162 (1999).
- Diário da República - I Série B. Despacho Normativo n.º 62/99 de 12 de Novembro, Pub. L. No. 264 (1999).
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Apoio ao Cuidador*. Obtido 18 de Maio de 2014, de <https://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&inc=&mid=5005&codigoms=0&codigono=683368347777AAAAAAAAAAAA>
- Equipa de Estudos e Políticas de Segurança Social. (2010). *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2010*. GEP/MSSS.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fillenbaum, G. G., & De La Santé, O. M. (1986). *Troisième âge et bien-être : approches d'une évaluation multidimensionnelle* (No. 84) (p. 111). Genève: Organisation mondiale de la Santé. Obtido de <http://www.who.int/iris/handle/10665/39713#sthash.7zIYkUYB.dpuf>
- Fisher, A. G., & Jones, K. B. (1999). *Assessment of motor and process skills*. Fort Collins: Three Star Press.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação : da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia científica : fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fricke, J. (2008, 2014). Activities of Daily Living. Em *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange. Obtido de <http://cirrie.buffalo.edu>.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2007). *Carta Social - Resposta Social: Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos) - Equipamentos existentes no Distrito de Lisboa, Concelho de Amadora*. Obtido 18 de Maio de 2014, de

[http://www.cartasocial.pt/resultados\\_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod\\_distrito=11&cod\\_concelho=15&cod\\_freguesia=0&cod\\_area=21&cod\\_valencia=2101&nome=&localpostal=&temCert=false](http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=11&cod_concelho=15&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2101&nome=&localpostal=&temCert=false)

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2013). *Carta Social - Folha Informativa sobre a Rede de Serviços e Equipamentos* (No. 11) (p. 4). Lisboa.

Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2012). *Home Care across Europe: current structure and future challenges* (No. 27). European Observatory on Health Systems and Policies.

Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in geriatric rehabilitation*, 1(3), 59–74.

Helbostad, J. L., Sletvold, O., & Moe-Nilssen, R. (2004). Home training with and without additional group training in physically frail old people living at home: effect on health-related quality of life and ambulation. *Clinical rehabilitation*, 18(5), 498–508.

Instituto Nacional de Estatística. (2009, Março 19). Projeções de população residente em Portugal - 2008-2060. INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2012a). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Instituto Nacional de Estatística. (2012b). *Censos 2011-Resultados definitivos Portugal*. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística. (2014a). *Números dos municípios e regiões de Portugal - Quadro-resumo: Amadora*. Obtido 16 de Maio de 2014, de

[http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Amadora+\(Municipio\)-3956](http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Amadora+(Municipio)-3956)

Instituto Nacional de Estatística. (2014b). *Sistema Integrado de Metainformação - conceitos*. Obtido 26 de Abril de 2014, de <http://smi.ine.pt/Conceito?clear=True>

Instituto Nacional de Estatística, & Carrilho, M. J. (2002). *Censos 2001-Resultados Definitivos Instituto Nacional de Estatística*.

- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (Ed.). (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010* (Edição 2011.). Lisboa.
- José, S., Wall, K., & Correia, S. V. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções* (Working Papers). Instituto de Ciências Sociais - Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Krebs, D. E., Jette, A. M., & Assmann, S. F. (1998). Moderate Exercise Improves Gait Stability in Disabled Elders. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 79(12), 1489–1495.  
doi:10.1016/S0003-9993(98)90408-7
- Law, M. (1993). Evaluating activities of daily living: Directions for the future. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(3), 233–237.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82–87. doi:10.1177/000841749005700207
- Lindesay, J., & Thompson, C. (1993). Housebound Elderly People: Definition, Prevalence and Characteristics. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 231–237.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin-Matthews, A., & Sims-Gould, J. (2008). Employers, Home Support Workers and Elderly Clients: Identifying Key Issues in Delivery and Receipt of Home Support. *Longwoods Review*, 6(3). Obtido de <https://www.longwoods.com/product/download/code/20073>
- Martins, R., Andrade, A. I., & Rodrigues, M. L. (2010). A vida... vista pelos idosos. *Millenium*, 39, 121–130.
- Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium on-line*, 27(Abril). Obtido de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium27/14.htm>
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social/MTSS, & Nogueira, J. M. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Centro de Informação e Documentação (GEP-CID).

- Moreno, A., & Pires, S. (2013). *Recenseamento idosos isolados e/ou em situação de dependência - Relatório Final*. Amadora: DEDS/ Divisão de Intervenção Social.
- Mota-Pinto, A. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics'*, 2(11), 74–86.
- Município da Amadora, & Divisão de Informação Geográfica. (2012). *Amadora XXI - População 2011* (p. 76). Amadora: Câmara Municipal da Amadora. Obtido de [http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/informacao\\_geografica/pdfs/Populacao\\_2011.pdf](http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/informacao_geografica/pdfs/Populacao_2011.pdf)
- Oliveira, C. R. de, Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Moraes, A., & Veríssimo, M. T. (2010). *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa* (Alto Comissariado da Saúde.).
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia - Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Pinho, A., Almeida, P., Palma, V., Moniz, R., & Silva, M. G. da. (2006). Identificação dos Factores Predisponentes ao Declínio Funcional na População Idosa. *ESSFisiOnline*, 2(4).
- Pordata. (2014a). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo - Portugal*. Obtido 26 de Abril de 2014, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-418>
- Pordata. (2014b). *Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo - Portugal*. Obtido 26 de Abril de 2014, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo-419>
- Pordata. (2014c). *Glossário*. Obtido 26 de Abril de 2014, de [http://www.pordata.pt/Glossary\\_PopUp.aspx?DatabaseModelId=3&\\_=1398511490856#](http://www.pordata.pt/Glossary_PopUp.aspx?DatabaseModelId=3&_=1398511490856#)
- Pordata. (2014d). *Indicadores de envelhecimento em Portugal*. Obtido 26 de Abril de 2014, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Pordata. (2014e). *Quadro Resumo: números de Portugal*. Obtido 26 de Abril de 2014, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-4418>

- Pordata. (2014f). *Quadro Resumo: Portugal e UE27*. Obtido 25 de Abril de 2014, de <http://www.pordata.pt/Europa/Quadro+Resumo/Portugal-4446>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rocha, A. P. de M. F. (2007). *O Autoconceito dos Idosos*. Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Santana, S., Dias, A., Souza, E., & Rocha, N. (2007). The domiciliary support service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care*, 7. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1800934/>
- Segurança Social. (2012). Idosos - Conteúdo Final. Segurança Social.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel.
- Soares, M. C., & Fialho, J. A. de S. (2011a). *Novos empregos e competências nos domínios da saúde e serviços sociais no contexto do envelhecimento demográfico*. Lisboa: SERGA.
- Soares, M. C., & Fialho, J. A. de S. (2011b). *Novos empregos e competências nos domínios da saúde e serviços sociais no contexto do envelhecimento demográfico* (p. 295). Lisboa: SERGA.
- Sousa, M. M. (2012). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas* (2011.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Principia.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação : o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edição Sílabo.
- WHO. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. Obtido de <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- WHO. (2012, Março 28). *Interesting facts about ageing*. WHO. Obtido 25 de Abril de 2014, de <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>
- WHO. (2013, Janeiro). *Ageing*. WHO. Obtido 27 de Abril de 2014, de <http://www.who.int/topics/ageing/en/>





- Williams, J. H., Drinka, T. J. K., Greenberg, J. R., Farrell-Holtan, J., Euhardy, R., & Schram, M. (1991). Development and Testing of the Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR) in Elderly Community-Dwelling Veterans. *The Gerontologist*, 31(1), 84–91. doi:10.1093/geront/31.1.84
- Wonca. (1999). *ICPC - 2: Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários*. (Grupo ICPC-APMCG, Trad.) (2ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. *The Aging Male*, 5(1), 1–37.
- World Health Organization. (2013). *WHO/Europe | Healthy ageing. Healthy ageing*. Obtido 25 de Janeiro de 2013, de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing>



## 9. Apêndices



## **I. Carta de pedido de autorização às instituições**



Isabel Maria Carvalho

Rua xxxxxxxxxxxx

Ex.m() Senhor() Dr(). xxxxxxxx

Director(a) xxxxxxxxx

Amadora, xxxxxxxxx

**Assunto:** Recolha de dados no xxxxxxxx no Serviço de Apoio Domiciliário para Estudo Piloto de Tese de Mestrado

No âmbito da realização da tese da 3ª Edição do Mestrado em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Ciência Médicas, solicito à vossa instituição a colaboração no estudo “Grau de dependência e grau de ajuda em idosos em serviço de apoio domiciliário: perspectivas do idoso, do ajudante familiar e do fisioterapeuta”.

Das necessidades expressas pelos idosos ou familiares, sabe-se que cerca de 70% das pessoas idosas que ficam no domicílio referem um ou mais problemas físicos, os quais interferem nas atividades da vida diária.

Pretende-se recolher informação sobre as características sócio-demográficas, espaço-temporais e de funcionalidade dos utentes do SAD, e quais são as suas necessidades a nível da capacidade funcional reportadas pelos próprios, pelos profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento, neste caso as ajudantes familiares, e também pela Investigadora/Fisioterapeuta.

Serão incluídos neste estudo os utentes do apoio domiciliário com idades iguais ou superiores a 65 anos, orientados no tempo e no espaço, que concordem participar no estudo assim com a sua respectiva ajudante familiar.

Espera-se assim obter informação complementar que contribua para consolidar a prevenção e intervenção em pessoas idosas domiciliadas.

Com os melhores cumprimentos,

---

Isabel Maria Pinheiro de Carvalho



## **II. Carta de autorização da FCM**



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**  
*Faculdade de Ciências Médicas*

**DECLARAÇÃO**

Vimos pela presente informar que \_\_\_\_\_,  
aluna do Mestrado em Saúde e Envelhecimento, da Faculdade de Ciências Médicas,  
da Universidade Nova de Lisboa, pretende elaborar a Dissertação de Mestrado,  
subordinada ao tema " \_\_\_\_\_",

no(a) \_\_\_\_\_.

Mais se informa que a elaboração da Dissertação será orientada pelo(a) Senhor(a)

\_\_\_\_\_.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

\_\_\_\_\_  
(Prof<sup>ª</sup>. Doutora Amália Botelho)  
Coordenadora do Mestrado



### **III. Consentimento Informado - Idosos**



## Consentimento Informado

No âmbito da 3ª Edição do Mestrado em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Ciências Médicas, a mestrande Isabel Maria Carvalho com número de telemóvel 9xxxxxxx, encontra-se a realizar a tese com o título “Grau de dependência e grau de ajuda em idosos em serviço de apoio domiciliário: perspectivas do idoso, do ajudante familiar e do fisioterapeuta”, sob orientação da Professora Doutora Maria Amália Botelho.

Este estudo tem como objectivo recolher informação sobre as características sócio-demográficas, espaço-temporais e de funcionalidade dos utentes do SAD, e quais são as suas necessidades a nível da capacidade funcional reportadas pelos próprios, pelos profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento, neste caso as ajudantes familiares, e também pela Investigadora/Fisioterapeuta.

Serão incluídos neste estudo os utentes do apoio domiciliário com idades iguais ou superiores a 65 anos, orientados no tempo e no espaço, que concordem participar no estudo assim com a sua respectiva ajudante familiar.

A privacidade e integridade da Investigadora em estudo estará sempre assegurada, uma vez que o questionário é validado através de um código anónimo e apenas a mesma os utilizará para a elaboração de dados estatísticos e fins científicos.

O estudo decorrerá no período de aproximadamente um mês, sendo que, serão efectuadas visitas ao domicílio dos utentes que correspondam as características pedidas

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária, o utente apenas tem de optar se pretende ou não responder às perguntas efectuadas pela Investigadora. Caso opte por o fazer, será livre de dar a sua opinião. Poderá abandonar o estudo quando quiser.

Todos os dados e informações que estejam dispostos a ceder para o estudo, serão tratados de forma confidencial, ficando guardados num local seguro, à responsabilidade da Investigadora e destruídos no final do mesmo. A sua identidade nunca será revelada ou reconhecida.

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A Investigadora

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Utente

\_\_\_\_\_





## **IV. Consentimento Informado - Ajudante Familiar**



## Consentimento Informado

No âmbito da 3ª Edição do Mestrado em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Ciências Médicas, a mestrande Isabel Maria Carvalho com número de telemóvel 9xxxxxxx, encontra-se a realizar a tese com o título “Grau de dependência e grau de ajuda em idosos em serviço de apoio domiciliário: perspectivas do idoso, do ajudante familiar e do fisioterapeuta”, sob orientação da Professora Doutora Maria Amália Botelho.

Este estudo tem como objectivo recolher informação sobre as características sócio-demográficas, espaço-temporais e de funcionalidade dos utentes do SAD, e quais são as suas necessidades a nível da capacidade funcional reportadas pelos próprios, pelos profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento, neste caso as ajudantes familiares, e também pela Investigadora/Fisioterapeuta.

Serão incluídos neste estudo as ajudantes familiares do apoio domiciliário, que concordem participar no estudo assim com o seu respectivo utente.

A privacidade e integridade da Investigadora em estudo estará sempre assegurada, uma vez que o questionário é validado através de um código anónimo e apenas a mesma os utilizará para a elaboração de dados estatísticos e fins científicos.

O estudo decorrerá no período de aproximadamente um mês, sendo que, serão efectuadas visitas ao domicílio dos utentes que correspondam as características pedidas

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária, a ajudante apenas tem de optar se pretende ou não responder às perguntas efectuadas pela Investigadora. Caso opte por o fazer, será livre de dar a sua opinião. Poderá abandonar o estudo quando quiser.

Todos os dados e informações que estejam dispostos a ceder para o estudo, serão tratados de forma confidencial, ficando guardados num local seguro, à responsabilidade da Investigadora e destruídos no final do mesmo. A sua identidade nunca será revelada ou reconhecida.

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A Investigadora

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Ajudante Familiar

\_\_\_\_\_



## V. Questionário - Idosos

Código: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Bom dia/tarde!

Chamo-me Isabel e sou Fisioterapeuta. Gostaria de lhe fazer umas perguntas sobre si, como se sente, o que costuma fazer no dia-a-dia em casa. Pode ser?

1. Idade		_____ Anos
2. Estado Civil	Solteiro	
	Casado	
	Viúvo	
	Separado/Divorciado	
	União de facto	
3. Nível de Escolaridade	Não frequentou a escola	
	Não completou o ensino primário	
	Ensino primário	
	Ensino preparatório	
	Ensino secundário	
	Ensino profissional	
	Ensino universitário	

Agora vou-lhe fazer algumas perguntas de como se sente

Estado Emocional	Não, quase nunca	Sim, Poucas vezes	Sim, Bastantes vezes	Sim. Quase sempre
4. No último mês, sentiu-se <b>triste</b> ou deprimido?				
5. No último mês, sentiu-se preocupado / nervoso / <b>ansioso</b> ?				
6. No último mês, sentiu-se <b>sem energia</b> / mole?				
	Bom / Muito bom	Razoável	Fraco	Mau / Muito mau
7. No último mês, como classifica o seu estado emocional / o seu estado de ânimo?				

Agora vou-lhe fazer umas perguntas sobre

Orientação temporal	Resposta	Incorrecto	Correcto
8. Em que <b>ano</b> estamos ?			
9. Em que <b>mês</b> estamos ?			
10. Em que <b>dia do mês</b> estamos ?			
11. Em que <b>estação do ano</b> estamos ?			
12. Em que <b>dia da semana</b> estamos ?			

Orientação espacial	Resposta	Incorrecto	Correcto
13. Em que <b>país</b> estamos ?			
14. Em que <b>distrito vive</b> ?			
15. Em que <b>terra vive</b> ?			
16. Em que <b>casa</b> estamos?			
17. Em que <b>andar</b> estamos?			

Código: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Vamos falar do seu dia-a-dia na última semana. Como é que a maior parte das vezes faz as suas tarefas? Quando foi a última vez que fez sozinho (a)?

1 – Incapaz	2 - Dependente de pessoas/meios	3- Dependente de pessoas	4 - Dependentes de meios	5- Independente
-------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------

Tarefa \ Idoso	Na tarefa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
18. Higiene		Sim	Não	Sim	Não
Cuidar da pele			Quais?		Quais?
Cuidar dos dentes					
Cuidar cabelo/barba					
Cuidar unhas das mãos					
Cuidar unhas dos pés					

Tarefa \ Idoso	Na tarefa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
19. Banho		Sim	Não	Sim	Não
Lavar o corpo			Quais?		Quais?
Secar					
Entrar na banheira					
Sair da banheira					
Opção: Poliban					

Tarefa \ Idoso	Na tarefa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
20. Vestir		Sim	Não	Sim	Não
Vestir roupa			Quais?		Quais?
Despir roupa					
Calçar (meias + sapatos)					
Descalçar					
Apertar/Desapertar botões, atacadores e fechos					

Tarefa \ Idoso	Na tarefa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
23. Alimentação		Sim	Não	Sim	Não
Comer			Quais?		Quais?
Beber					

Código: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Tarefa \ Idoso	Na tarefa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
		Sim	Não	Sim	Não
<b>24. Transferências</b>					
Deitado-Sentado (T)			Quais?		Quais?
Sentado-Sentado (CR+T)					
Sentado-Pé (T)					
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento					

Tarefa \ Idoso	Na tarefa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
		Sim	Não	Sim	Não
<b>25. Marcha</b>					
Dentro de casa			Quais?		Quais?
Fora de casa					
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento					

Tarefa \ Idoso	Na tarefa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
		Sim	Não	Sim	Não
<b>26. Escadas</b>					
Subir			Quais?		Quais?
Descer					



## **VI. Questionário - Ajudantes Familiares**

Código: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Por favor complete o quadro conforme a tarefa, atribuindo um número conforme o que é necessário. Dê a sua opinião realista sobre a ajuda prestada na tarefa ao utente.

1 – Incapaz	2 - Dependente de pessoas/meios	3- Dependente de pessoas	4 - Dependentes de meios	5- Independente
-------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------

Tarefa \ Ajudante Familiar	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
		Sim	Não	Sim	Não
<b>18. Higiene</b>					
Cuidar da pele			Quais?		Quais?
Cuidar dos dentes					
Cuidar cabelo/barba					
Cuidar unhas das mãos					
Cuidar unhas dos pés					

Tarefa \ Ajudante Familiar	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
		Sim	Não	Sim	Não
<b>19. Banho</b>					
Lavar o corpo			Quais?		Quais?
Secar					
Entrar na banheira					
Sair da banheira					
Opção: Poliban					

Tarefa \ Ajudante Familiar	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
		Sim	Não	Sim	Não
<b>20. Vestir</b>					
Vestir roupa			Quais?		Quais?
Despir roupa					
Calçar (meias + sapatos)					
Descalçar					
Apertar/Desapertar botões, atacadores e fechos					

Tarefa \ Ajudante Familiar	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
		Sim	Não	Sim	Não
<b>23. Alimentação</b>					
Comer			Quais?		Quais?
Beber					



Código: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Ajudante Familiar	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
Tarefa		Sim	Não	Sim	Não
24.Transferências					
Deitado-Sentado (T)			Quais?		Quais?
Sentado-Sentado (CR+T)					
Sentado-Pé (T)					
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento					

Ajudante Familiar		Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
Tarefa			Sim	Não	Sim	Não
25. Marcha						
Dentro de casa				Quais?		Quais?
Fora de casa						
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento						

Ajudante Familiar	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
Tarefa		Sim	Não	Sim	Não
26.Escadas					
Subir			Quais?		Quais?
Descer					



## VII. Questionário - Fisioterapeuta

Código: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Por favor complete o quadro conforme a tarefa, atribuindo um número conforme o que é necessário. Dê a sua opinião realista sobre a ajuda prestada na tarefa ao utente.

1 – Incapaz	2 - Dependente de pessoas/meios	3- Dependente de pessoas	4 - Dependentes de meios	5- Independente
-------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------

Tarefa	Fisioterapeuta	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
			Sim	Não	Sim	Não
<b>18. Higiene</b>						
Cuidar da pele			Quais?			Quais?
Cuidar dos dentes						
Cuidar cabelo/barba						
Cuidar unhas das mãos						
Cuidar unhas dos pés						

Tarefa	Fisioterapeuta	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
			Sim	Não	Sim	Não
<b>19. Banho</b>						
Lavar o corpo			Quais?			Quais?
Secar						
Entrar na banheira						
Sair da banheira						
Opção: Poliban						

Tarefa	Fisioterapeuta	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
			Sim	Não	Sim	Não
<b>20. Vestir</b>						
Vestir roupa			Quais?			Quais?
Despir roupa						
Calçar (meias + sapatos)						
Descalçar						
Apertar/Desapertar botões, atacadores e fechos						

Código: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Tarefa	Fisioterapeuta	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
			Sim	Não	Sim	Não
<b>23. Alimentação</b>						
Comer				Quais?		Quais?
Beber						

Tarefa	Fisioterapeuta	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
			Sim	Não	Sim	Não
<b>24. Transferências</b>						
Deitado-Sentado (T)				Quais?		Quais?
Sentado-Sentado (CR+T)						
Sentado-Pé (T)						
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento						

Tarefa	Fisioterapeuta	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
			Sim	Não	Sim	Não
<b>25. Marcha</b>						
Dentro de casa				Quais?		Quais?
Fora de casa						
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento						

Tarefa	Fisioterapeuta	Na tarefa a pessoa é...	A ajuda é de conveniência		A ajuda é necessária	
			Sim	Não	Sim	Não
<b>26. Escadas</b>						
Subir				Quais?		Quais?
Descer						

Comentários:

---



---



---



---



---



---



---



---